Revista

Psiquiátrica

Peruana

Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Volúmen 5 Número 1-4

1965

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

La Revista recibirá artículos de autores nacionales o extranjeros. Los trabajos que deben ser originales e inéditos, se enviarán al Director, publicándose previa aprobación de la Comisión Editorial, la que podrá introducir las modificaciones que sean necesarias para mantener uniformidad en el estilo. También se publicarán artículos especiales, revisiones de conjunto y casos clínicos. No se devolverá ningún original aceptado para publicarlo, aconsejándose a los autores retener una copia de su trabajo.

El autor debe escribir su nombre completo, con los títulos que posea, el cargo que desempeña, si lo tiene, y consignar el lugar donde ha realizado el trabajo. Al final del artículo anotará su dirección completa y la fecha de remisión. Cuando envíe una colaboración por primera vez, incluirá una breve nota biográfica, mencionando sus aportaciones a la literatura psiquiátrica.

El título del artículo debe ser lo más corto posible y los datos adicionales serán completados mediante un subtítulo. Los originales serán escritos a máquina, en doble o triple espacio, con márgenes anchos a ambos lados y sin enmiendas. El texto será de preferencia breve y se sujetará a las normas usuales para la redacción de artículos científicos, constando —cuando sea posible— de introducción, material y métodos, resultados, comentario o discusión, conclusiones, sumario y bibliografía. Las fotografías deben enviarse en papel lustroso, cuando menos de 9 x 12 cms., los dibujos o esquemas irán en tinta china, con caracteres tipográficos, a rasgos gruesos, en papel marquilla. Todas las ilustraciones serán adheridas por un extremo con goma o pasta a una hoja de papel, con la leyenda respectiva. Detrás de cada ilustración deberá anotarse, con lápiz negro, a trazos suaves, el nombre del autor y el ttíulo del trabajo.

La bibliografía se hará numerando correlativamente las citas, ajustándose al sistema utilizado por el Quarterly Cummulative Index Medicus (Amer. Med. Ass.). En caso de artículos será como sigue:

Kepecs, J. G.: Ambiguity and Represion. Arch. Neurol. & Psychiat. 80: 502-512, 1958.

Tratándose de libros, se citará así:

Reiss, M.: Psycho Endocrinology, New York, Pub. Grune & Stratton, 1958.

Los autores que deseen separatas de sus trabajos las contratarán directamente al impresor.

SUSCRIPCION Y CANJE

La Revista se publica trimestralmnte. La subscripción anual vale seis dólares (U.S.$ 6.00). Los pedidos de subscripción o canje deberán ser dirigidos al Editor. La Asociación acepta el canje de la Revista Psiquiátrica Peruana con publicaciones psiquiátricas, neuro-psiquiátricas, psicológicas, psicoanalíticas, antropológicas y sociológicas.

PROPAGANDA

Los anuncios de propaganda y su financiación están a cargo del Editor de la Revista.





EN LA DEPRESION
asociada a las
AFECCIONES ORGANICAS

TRYPTANOL*

(clorhidrato de amitriptilina)

el antidepresivo con propiedades únicas

MERCK SHARP & DOHME (PERU) S. A.

especialmente útil en el dolor crónico

DARVON® COMPUESTO-65

Al seleccionar un analgésico para tratar el dolor crónico es muy importante que éste no produzca habituación.

Seis años de uso clínico han establecido al Darvon® como un analgésico eficaz y muy bien tolerado en el dolor crónico y agudo. El Darvon no produce habituación, excitación ni acostumbramiento, ni siquiera después de una administración prolongada. Las reacciones secundarias, tales como náuseas y estreñimiento, son mínimas.

Posología corriente: 1 cápsula tres o cuatro veces al día.

Darvon® Compuesto (dextropropoxifeno y ácido acetilsalicílico compuesto, Lilly)
Darvon® (clorhidrato de dextropropoxifeno, Lilly)

320291



Eli Lilly del Perú S.A. • Lima

REVISTA PSIQUIATRICA PERUANA

ORGANO DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

VOLUMEN 5 1965

LIMA - PERU

ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

Fundada el 25 de Junio de 1954, reconocida oficialmente el 18 de Setiembre de 1956

JUNTA DIRECTIVA PARA 1964-1966

Presidente: RAUL JERI VASQUEZ
Ex-Presidente: ARNALDO CANO JAUREGUI
Vice Presidente: HUMBERTO ROTONDO GRIMALDI
Secretario General: CARLOS BAMBAREN VIGIL
Secretario de Actas: FERNANDO SAMANEZ CONCHA
Tesorero: ELSA FELIPA REJAS

MIEMBROS HONORARIOS

Nathan Ackerman, Eugene Brody, Ewen Cameron, Julio Endara, Henry Ey, Spurgeon English, Jules Masserman, John R. Rees, Ramón Sarró, René Spitz.

MIEMBROS ACTIVOS

Francisco Alarco, Manuel Almeida, José Alva, Pablo Anglas, Carlos Añazgo, Alejandro Arellano, José M. Arnillas, Carlos Bambarén V., Ethel Bazán, Alfredo Beyer, Andrés Cáceres, Arnaldo Cano, Baltazar Caravedo, Carlos Carbajal, Alex Castoriano, Renato Castro de la Mata, María Antonieta Silva de Castro, Augusto Colmenares, Carlos Crisanto, Hugo Delgado, César Delgado, Manuel Escobar, Horacio Estabridis, Elsa Felipa, Roberto Gamarra, Carlos García Pacheco, Enrique Ghersi, Efraín Gómez, Luis Guerra, Carlos Gutiérrez, Luis Huapaya, Víctor Huerta Mercado, Luis Irurita, Raúl Jerí, Fernando Loayza, Sebastián Lorente, Emilio Majluf, Niza Chiock de Majluf, Javier Mariátegui, León Mejía, César Muñoz Borja, Guillermo Olivos, Alberto Perales, Leonor Revoredo, Humberto Rotondo, Carlos Saavedra, Fernando Saba, Federico Sal y Rosas, Fernando Samanez, José Sánchez García, Luis Schwartz, Carlos A. Seguín, Oscar Valdivia, Hermilio Valdizán, Manuel Zambrano, Sergio Zapata.

MIEMBROS ASOCIADOS

Oscar Arbulú, Víctor Infantes, Elia Izaguirre, Luis Navarro Vidal, Ismael Pardo-Figueroa, Alberto Péndola, Rubén Ríos, Oscar Ríos, César Sánchez, Elard Sánchez, Vital Scapa, Max Silva, Gustavo Vásquez-Caicedo, Jorge Vilavicencio.

MIEMBROS CORRESPONDIENTES

José María Alvarado (Bolivia), Guillermo Dávila (México), Alejandrino Maguiña (Psicólogo, Perú), Carlos Mariani (Chile), Ernesto Pollitt (Psicólogo, Perú), Humberto Rosselli (Colombia), Santiago Valdizán (Psicólogo, Perú), Roberto Villalón (Argentina).

COMUNICACIONES

La correspondencia relacionada con la Asociación debe dirigirse al Presidente, Jirón Camaná 631, Dpto. 206, Lima, Perú.

Los artículos originales, comunicaciones, noticias, crítica de libros, y notas clínicas se dirigirán al Director de la Revista, a la dirección antes indicada.

Las solicitudes de subscripción, canje, adquisición de números anteriores y avisos de propaganda corren a cargo del Editor, Apartado 1905, Miraflores, Lima-Perú.

Nuestra Revista, cuyo primer número apareció en 1957, continuó publicándose en forma ininterrumpida hasta completar el cuarto volumen en 1961. En esa época, la situación que tuvieron que afrontar los laboratorios farmacéuticos repercutió en la ayuda que de ellos recibíamos determinando que nuestro órgano informativo dejara de publicarse temporalmente.

Durante el lapso transcurrido mantuvimos nuestra esperanza de poder continuar en la labor, conscientes de la trascendencia de la misma, y es por ello que con gran satisfacción entregamos hoy a nuestros lectores este número que confiamos habrá de ser seguido de los próximos en forma regular.

Los trabajos seleccionados para su publicación reflejan en cierto modo los variados intereses que pueblan el ámbito de la psiquiatría y las disciplinas afines. Ernesto Pollitt, psicólogo peruano actualmente siguiendo estudios para doctorarse en la Universidad de Cornell y Dan Granoff, estudiante de medicina estadounidense, colaboran con una revisión de conjunto de las investigaciones realizadas hasta ahora sobre la estimulación hormonal de los centros hipotalámicos del comportamiento sexual. El tema del diagnóstico en psiquiatría es revisado en sus diferentes aspectos por Humberto Rotondo. Un grupo de jóvenes integrantes de la Policía de Investigaciones nos entrega los resultados de un estudio epidemiológico sobre atentados sexuales contra menores. Problemas relacionados con el alcoholismo en el campo social, neuroradiológico y electroencefalográfico, así como aspectos bioquímicos en la intoxicación crónica son enfocados por diferentes autores, informándonos de los recientes avances científicos en este problema de salud mental. Finalmente, un estudio estadístico realizado en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" sirve de base para llamar la atención sobre factores de error en las investigaciones sobre epidemiología de las enfermedades mentales.

Confiamos que con la reaparición de nuestra Revista se estimulará la inquietud de los miembros de la Asociación y de todos los psiquiatras peruanos para colaborar con trabajos y contribuir de este modo a la difusión de la producción científica nacional tanto en el país cuanto en el extranjero.

Nuestro especial agradecimiento a los laboratorios Eli Lilly, Geigy, Merck Sharp & Dohme, Roche, Sandoz, Smith Kline & French y Specia sin cuya valiosa ayuda hubiera sido imposible continuar en nuestro empeño.

EL EDITOR.

BEHAVIORAL CENTERS IN THE HYPOTHALAMUS SENSITIVE TO SEX HORMONE REGULATION

CURRENT CONCEPTS

Dan Granoff[2] and Ernesto Pollitt[1]
The Johns Hopkins University School of Medicine

June 11, 1965
(Revised November 1, 1965)

> "We may now believe that in the interstitial tissues of the gonads, special chemical substances are produced which, when taken up in the blood stream, charge definite parts of the central nervous system with sexual tension". (Sigmund Freud, 1906).

Introduction

An individual's behavior ultimately has as its biologic basis mechanisms operating in and on the central nervous system. In the case of mating, mammalian females, with the possible exception of the human, show a highly integrated and stereotyped behavior which is presumably stimulus-bound to the secretory activity of the ovaries (Michael, 1958, and Lisk, 1965).

In species such as the cat, rat and dog, the female undergoes periods of estrus or heat, during which she is receptive to mating both in a physiologic and psychologic sense. Periods of estrus are characterized by changes in mood and by the presence of lordosis, a highly characteristic set of postural responses which permit mating to occur. These dramatic changes in behavioral activity involving the whole organism occur synchronously with biologic changes at the level of the tissues which serve to prepare the female for ovulation and fertilization. The changes undergone in the estrous female at the tissue level and the changes undergone at the behavioral level require the appropriate hormonal milieu as evidenced my their failure to occur following removal of the ovaries in the absence of exogenous hormonal replacement.

*Supported by a grant from the Henry Foundation, Great Neck, New York. This paper was originally prepared by the senior author as a critical review article in partial fulfillment of The requirements of the Department of Physiology at the Johns Hopkins University School of Medicine. It was written under the guidance of Dr. John Money and with the critical assistance of Dr. Evelyn Howard.

1. Presently: Cornell University, Ithaca, New York.
2. Mailing address: The Henry Foundation, 9 Lakeview Drive, Great Neck, New York. 11020.

Mating behavior in mammalian males involves an even more complicated series of responses beginning with the process of recognition and terminating at intromission and ejaculation. The complete pattern of male sexual behavior in the same species as were mentioned earlier does not decline as precipitiously as in the female following removal of the gonads. In the presence of different levels of gonadal hormones, as say following castration, different parts of the sequence of male mating behavior are extinguished separately. For example, when an adult male cat is castrated, there is a gradual decline in sexual behavior with ejaculation and intromission disappearing first, pelvic thrusting remaining (Green, Clemente and de Groot, 1957; Lisk, 1965). However, for complete elicitation of male sexual behavior patterns in most mammalian species, physiologic levels of male sex hormones are considered necessary.

Although the central nervous system is the logical final pathway mediating highly integrated behavior characteristic of mating, sexual behavior is also found to be dependent upon appropriate hormonal levels. As such, it would seem logical to search for hormone-sensitive receptor sites within the CNS which could provide insights into the cerebral hormonal mechanisms mediating certain forms of behavior.

Estrogens Applied Locally at Central Nervous System

Harris and Michael (1964) and Harris, Michael and Scott (1958), in a group of carefully controlled experiments, observed mating behavior in eight of seventeen spayed female cats following implants of stilbestrol di-n-butyrate in the mammillary region of the hypothalamus. When mating behavior occurred, the vaginal smear in every case was shown to be anestrous. The criterion for mating behavior was the completion of coitus under controlled conditions.

Earlier work by Michael and Scott (1957) and Michael (1958) revealed that estrogen administered systemically to spayed female cats yielded cornified vaginal epithelium prior to the onset of mating behavior (mean difference = seven days; $p < 0.001$). Thus, if mating behavior is elicited by hormonal implantation in the central nervous system, the absence of changes in the animal's vaginal smear can be considered presumptive evidence that the behavioral changes were a result of local, and not general, hormonal action.

Implant of stilbestrol at cerebral sites other than the hypothalamus yielded only one female of twenty-one who demonstrated mating behavior (Harris and Michael, 1964). However, in this case the one receptive female was found to possess a cornified vaginal smear and autopsy revealed the estrogen implant to be at the existance of mating behavior in only those spayed females with hypothalamic

Further control studies using nonhormonal hypothalamic implants failed to yield a single receptive female in ten trials. Simultaneously paired experiments (eight pairs), conducted to control possible environmental variations, reconfirmed stilbestrol implants.

It should be pointed out that more than half of the female cats studied by Harris and Michael failed to show mating behavior although stimulated by hy- the cisterna magna, rather than in the substance of the cerebellum, as intended. pothalamic implants which were indistinguishable at autopsy from the implants

seen in cats who did demonstrate mating behavior. The authors' inability to explain this aspect of their findings demonstrates the present lack of understanding of the mechanisms involved.

An additional problem in the experimental data of Harris and Michael concerns the variability of the latency period between hormonal implantation and onset of mating behavior. The latency periods observed by these investigators ranged from 4 to 106 days, again without any apparent basis. Interestingly enough, however, once receptivity was established in an animal, it could be sustained for as long as 56 consecutive days. It becomes obvious then that the parameters governing the functioning of the apparent estrogen-sensitive center(s) in the hypothalamus has (have) not as yet been sufficiently defined to permit the investigators sufficient control of the experimental conditions.

The evidence of the extensive studies of Harris and Michael (1964) point to the existence of a hormone-sensitive mating center in the posterior hypothalamus of female cats. A careful examination of their data, and the data of other workers conducting similar investigations (Lisk, 1962a and Sawyer, 1963), reveals significant discrepancies in both the nature and the anatomical location of the so-called mating centers.

Lisk (1960, 1962a, 1962b, 1965) suggests the presence in the hypothalamus of the rat of a dual hormone-sensitive system, one regulating sexual behavior responses, the other regulating gonadotrophin release from the anterior pituitary.[1] A similar dual system has been found to exist in male and female cats by Davidson and Sawyer (1961a, 1961b) and Sawyer (1963).

The data of Harris, Michael and Scott (1958) originally implicated the posterior hypothalamus as the estrogen-sensitive anatomic center mediating sexual behavior in female cats, while the data of Lisk (1962a) pointed to the anterior hypothalamus as the neural regulating center. In 1963 Sawyer described a series of experiments which presumably resolved this issue. Sawyer implanted minute amounts of estradiol-benzoate in the hypothalamus of ovariectomized anestrous cats. In the six cats who received implants in the posterior hypothalamus, only one showed estrous behavior, whereas in the eight cats with anterior hypothalamic implants, seven demonstrated mating behavior. On the basis of this experiment, Sawyer confirmed the receptor site(s) to be in the anterior hypothalamus as earlier postulated by Lisk (1962a). Worth mentioning also is the high percentage of successes observed by Sawyer in the group of cats with the anterior hypothalamic implants.

The discrepancies in anatomical location(s) in the observations of Harris and Michael and other workers may in part be accounted for by the relatively large solid implants used by the former investigators. Differential rates of diffusion of hormones through the brain and periphery likely resulted in the somewhat random pattern of successes seen by Harris and Michael at different trials. An explanation such as this one is supported by the occasional presence of proestrous and estrous vaginal smears in spayed female cats who had cerebral estrogen implants. Although these trials, because they demonstrated peripheral estrogen effects, were not used as evidence supporting the hypothesis of the

1. Gonadotrophin release and suppression will be discussed in a later section.

existence of estrogen-sensitive centers regulating sexual behavior, they are important. They demonstrate clearly that variable systemic estrogen levels can result from similar cerebral hormonal implants.

The variability of hormone levels shown to be present systemically implies the variability of hormone levels present throughout centers of the hypothalamus. Variations in the central nervous system hormone levels could explain the behavioral differences seen to exist in experimental animals. Also, these hormonal variations might possibly explain the differences in anatomic location observed in the data of different laboratories.

Direct hormonal stimulation by solid implantation in the central nervous system obviously represents a nonphysiologic condition. As such, the elicited behavior may actually sepresent an artifact of the experimental conditions. For example, it is reasonable to assume that solid implants of hormone give rise to unusually high concentrations of sex hormone at the membrane of the neuron. Such high concentrations might activate pathways which are normally quiescent under physiological conditions.

Experimental evidence has been accumulated which suggests that certain centers in the hypothalamus show preferential uptake of circulating hormones. A mechanism such as this one operating under physiologic conditions could provide a means by which concentrations of hormones similar to those used in the different stimulation experiments accumulated at the site of the neuron.

In 1961, Michael employed solid radioactive estrogen implants at different cerebral centers. As anticipated, sexual behavior was elicited only from those female cats whith hypothalamic implants. Using autoradiographic techniques on histologic slides obtained at autopsy, Michael demonstrated the selective uptake of radioactive estrogen by individual neurons at sites in the hypothalamus. Although hormonal uptake by neurons at sites other than the hypothalamus was demonstrated, there was a greater number of "active" neurons visualized at sites in the hypothalamus. The difference proved to be highly significant upon statistical analysis.

In yet other autoradiographic studies of various animals including primates, Michael and Glascock (1963) and Glascock and Michael (1962) demonstrated that sites both in the brain and genital tract preferentially took up circulating H^3-hexestrol. Specific radioactivity, moreover, was shown to exist within individual nerve cells of the hypothalamus, but not in the surrounding glial cells.

When subcutaneous injection of radioactive estrogens were administered to females of several species of mammals, sexual behavior characteristic of estrus was observed as expected following a two or three day latency period. The radioactivity, on the other hand, had disappeared from the brain and genital tract before the end of the first day. These data then imply that mating behavior was elicited one to two days following the disappearance of the sex hormones from the animal's target organs.

On the basis of these data, Money (1965) suggested that circulating estrogens effect a priming reaction on the receptors in the central nervous system. Dramatic behavioral changes can then occur in the presence of suitable environmental cues once the latency period has passed and the estrogens have had their priming effect on the neurons.

Unfortunately, once again experimental data are not yet available which could properly elucidate the mechanisms involved. One plausible, although admittedly speculative, explanation is that the latency periods which follow hormonal stimulation (and hormonal disappearance) represent the time needed by the neuron for specific hormone-stimulated RNA and protein synthesis to occur. When the proper external stimuli are then presented to the animal, sexual behavior (thought to be genetically-coded within the DNA material of the animal's chromosomes) might then be facilitated by the earlier hormone-triggered changes in the intracellular environment of the cerebral receptors. One interesting experimental approach to the testing of this hypothesis might be through the use of actinomycin or other pharmacologic agents which block RNA or protein synthesis.

Before ending this discussion of latency periods, there is an additional point that should be mentioned concerning the experimental findings discussed above. In almost every case, the long latency periods observed between hormone activation and elicited behavior occurred in female animals who had previously been deprived of estrogen by removal of their ovaries. The duration of this state of hormone deprivation varied considerably but was usually in effect for several months prior to hypothalamic hormonal implantation. Under such conditions, the long latency periods might well reflect the sustained hormonal deprivation experienced by the experimental animals. Mating behavior subsequent to hypothalamic implants could be delayed until neural pathways, which had been previously quiescent, were reactivated. Moreover, when Fisher (1956, 1964, in press) used soluble testosterone stimulation directly in the hypothalamus of male noncastrated rats, mating behavior in these animals was observed following latency periods varying between twenty seconds and five minutes. The fact, however, that the rats in this experiment were not castrated and therefore had presumably normal levels of circulating androgens, and the fact that soluble solutions of testosterone were used rather than solid implants, could sufficiently account for the short latency periods observed.

Androgens Applied Locally at the Central Nervous System

Fisher (1956) reported that solutions of minute amounts of soluble testosterone in saline injected at the hypothalamus of noncastrated male rats through permanently implanted cannulae, elicited bizarre forms of behavior. Observed were cases of maternal behavior in the form of nest building and retrieving rat pups; in addition there were cases of excessive attempts at copulation when nonestrous female rats or pups were presented as a stimulus. Results at autopsy implicated the medial preoptic region as an androgen-sensitive neural center of maternal behavior in the male, and the lateral preoptic region as a center of male sexual behavior. When testosterone stimulation occurred between the lateral and medial preoptic regions, maternal and sexual behavior were activated simultaneously. In one male rat, this bizarre behavior included an attempt at copulation with a nonestrous female while an infant rat he was retrieving from the nest was in his mouth.

More recently, Fisher (1964) in a descriptive article in *Scientific American*, reported eliciting male sexual behavior and maternal behavior in female rats by

the use of testosterone stimulation of the hypothalamus similar to that described above. Male sexual behavior on the part of the female rat included mounting, pelvic thrusting and attempted copulation with unreceptive females, males and infants.

Fisher advanced two hypotheses in an attempt to account for these puzzling results. First: he suggested that the neural organization in male and female brains of rats is essentially identical - that is, neural pathways governing reflex maternal behavior and male sexual behavior are found to exist in both male and female rats. Second: stimulation of the medial preoptic area by the male sex hormone — *testosterone* — gives rise to *maternal* behavior because of the slight progesterone potency that is normally found in testosterone. Since progesterone is normally associated with maternal behavior and pregnancy it is not inconceivable that high levels of testosterone carrying with it slight progesterone potency could give rise to maternal behavior if indeed progesterone sensitive nuclei were stimulated. Presumably such a mechanism would not operate *in vivo* where lower concentrations of testosterone are normally present. In 1964, on the basis of the above evidence, Fisher concluded that differences in sex behavior between male and female rats can be attributed, for the most part, to *differences in the kinds of sex hormones that enter the animal's circulating system.*

Miller (1965), referring to an extensive series of later experiments conducted by Fisher (Fisher, in press), reported that both estrogens and the chelating agent, sodium versenate, were found by Fisher to produce similar behavior as that evoked by testosterone, although in the case of estrogen, the effects were apparently less potent.

Fisher is now reported to hypothesize, on the basis of this new evidence, that sex hormones themselves do not act as direct excitants of the brain. Rather, he suggests that sex hormones act as chelating agents, affect calcium concentration changes at the site of the nerve membrane, and thereby lower the threshold of nerve action potentials and/or reduce inhibition. Under these conditions, environmental cues would be more likely to elicit sexual behavior.

Fisher's hypothesis (in press) on the lowering of the threshould of sex related circuits at the level of the hypothalamus is not necessarily contradictory to his earlier assumption of the specific actions of testosterone and progesterone over neurons sensitive to these hormones. However, his later conception, as reported by Miller, that hormones are not direct excitants of the brain is in disagreement with his previous speculations of the direct action of a particular hormone over a particular set of cells sensitive to that hormone. At this time, the exact evidence and logic in support of his new hypothesis is not available. Moreover, as Fisher's work on hormonal hypothalamic stimulation has not yet been fully reported, it is difficult to make a complete evaluation of his results and theories.

Fisher (9164) has proposed that in the rat, at least, male and female brains are virtually identical in character and organization of the neurons with loci present in both capable of directing male and female behavior. These centers can presumably be stimulated by either testosterone or estrogen, whereas a variety of other chemical stimulants, other than versanate, have been shown to be ineffective (Fisher, in press). These data contradict, in part, the previously discussed

investigations of Harris and Michael (1964), Sawyer (1963) and Lisk (1962a). The previous investigators (Lisk in the case of the rat, Harris and Michael in the case of the cat, and Sawyer in the case of the cat), demonstrated that estrogen implantation in discrete areas of the hypothalamus of castrated females evoked female, not male mating behavior. Although it is impossible at this moment to make a final evaluation of the experimental data of different laboratories, it should be noted that the findings of Lisk; Harris and Michael; and Sawyer have been generally reconfirmed independently at different laboratories.

Whereas female mating behavior in castrated female rats has been obtained by localized hypothalamic estrogen stimulation, attempts to induce male mating behavior in male castrated rats by the action of testosterone on the central nervous system have been largely unsuccessful. This lack of success may be based in part on the more complex nature of the sequence forming male mating behavior (see Introduction). Lisk (1965), using untrained castrated male rats, elicited partial male sexual behavior from testosterone implants in the preoptic region. Partial mating behavior consisted of "recognition" and penile erection, but the rats appeared not to be able to complete coitus, although they mounted the female in bizarre positions. It should by pointed out, however, that even intact male rats differ considerably among themselves in their response to estrous females.

Interestingly enough, when trained male rats (castrated following repeated sexual experiencie) were used, testosterone stimulation at the preoptic region brought on the *complete mating response* following a fourteen-day latency period. Even in the case of trained, castrated male rats, however, the mating behavior displayed following testosterone stimulation was observed as atypical, the rat appearing confused, hyperexcitable and hypersexual[2] when presented with various stimuli.

The findings of Lisk; Fisher; Harris, Michael and Scott; and Sawyer indicate that androgens and estrogens are not as sex specific as was earlier thought (See Money, 1965). For example, testosterone has been shown to elicit male sexual behavior, maternal behavior, or both, in male rats. Testosterone has also been shown to maintain female rabbits in heat (Kawakami and Sawyer, 1959). On the other hand, estrogens have been shown to duplicate the effects of testosterone in male and female rats, whereas in spayed female cats and in other species, estrogens applied locally at the central nervous system have brought about female mating behavior. The complexities in these data make it apparent that the actual mechanism of cerebrohormonal interaction in sexual behavior require considerable further investigation.

Hormonal Regulation of Pituitary-Gonadal Function

It is a well known observation that strogen levels in the blood are in part self-regulating by activating a "negative feedback" system controlling the release or suppression of pituitary gonadotrophin secretion. Pituitary gonadotrophin levels operate to maintain normal gonadal function. In the absence of sufficient levels,

2 The term hypersexuality is used here as it is used by Green, Clemente and de Groot (1957) to indicate an increase in the number of objects towards which a sex drive is exhibited.

as is the case following hypophysectomy, atrophy of the ovaries and uterus of the female or atrophy of the testes of the male is seen to occur.

As mentioned in the section "Estrogens Applied Locally at Central Nervous System", a second hormone-sensitive system regulating the pituitary-gonad axis appears to exist in the hypothalamus of cats and rats. According to Lisk (1960, 1965) and Lisk and Newlon (1963), ablation of discrete hypothalamic areas will result in gonadal atrophy in female rats. If under these conditions, however, exogenous estrogen is administered, estrous behavior will be demonstrated, indicating that separate receptor units are involved in mating behavior.

In support of this assertion, large amounts of exogenous hormone failed to renew estrous behavior when mating behavior centers in the anterior hypothalamus were ablated. Under these conditions, however, pituitary gonadal function was not affected (i.e.normal gonadotrophim levels were present) as evidenced by physiologic ovarian function measured by the presence of a normal uterus and vaginal smear.

A center regulating gonadotrophin suppression has been shown to exist in rabbits by Davidson and Sawyer (1961a, 1961b), and in rats by Lisk (1960, 1962b). Present evidence points to the median eminence as the anatomic location of the center regulating pituitary-gonadal function in both males and females. A second receptor site has been shown to exist in females at the arcuate nucleus.

Estrogen implants in females (Lisk, 1960; Davidson and Sawyer, 1961a) at either the median eminence or arcuate nucleus resulted in gonadal atrophy. The gonadal atrophy appeared secondary to pituitary failure. Interestingly, direct estrogen implants at sites in the anterior pituitary and at sites in the central nervous system other than the two already mentioned, failed to result in gonadal atrophy

In the case of the male, testosterone implanted at the median eminence (Davidson and Sawyer, 1961b and Lisk, 1962b) caused atrophy of the gonads as a result of suppression of gonadotrophin release. On the other hand, similar implants at other cerebral locations, and directly at sites in the pituitary, failed to result in the atrophy previously described. In males, in contrast to the female, the arcuate nucleus was not shown to be sensitive to testosterone stimulation. Although anatomic studies have demonstrated negligible neural pathways between the hypothalamus and the anterior lobe of the pituitary gland, the existence of a venous portal system between these two anatomic units is a well established fact (Romanes, 1964). The actual pathways then between the hypothalamic nuclei and the pituitary gland by which gonadotrophin release is controlled are probably by way neuralhumoral release into this venous portal system. In experimental support of this humoral control mechanism, Lisk and Newlon (1963) demonstrated that increased estrogen levels resulted in decreased synthesis of some humoral substance in neurons of the arcuate and mammillary nuclei of the hypothalamus of the rat. Synthetic activity was measured by these investigators as a funtion of changes in nucleolar size in the neuron. This neural substance, sensitive then to estrogen regulation and presumably synthesized at the nucleolus, has been implicated in the control of pituitary gonadotrophin release.

The cerebral centers discussed above which apparently act to regulate the negative-feedback relationship in the pituitary-gonad axis do not in themselves appear to affect directly the animal's behavior. However, under physiological con-

ditions, except possibly in man, normal levels of sex hormones are apparently necessary for the proper functioning of mammalian sexual behavior. As such, hypothalamic centers which maintain the normal levels of systemic sex hormone would give rise to a second indirect system of regulation of the sexual behavior in the species discussed.

Conclusions

The experiments of direct hormonal stimulation of the hypothalamus have demonstrated that neural circuits mediating complex and integrated sexual behavior patterns are present in the brains of males and females of certain mammalian species. They also show that male and female sex hormones can modify the functioning of these circuits. The questions that remain, however, are how this influence is exerted by the hormones, and what mechanism normally accounts for specifically male sexual behavior in males, and specifically maternal and/or female sexual behavior in females.

In 1956, Fisher first demonstrated sexual behavioral changes secondary to cerebral-hormonal stimulation in male rats. Less than ten years of research have brought advances in unravelling the complicated interrelationships that underlie the highly integrated patterns of innate and presumably genetically-coded sexual behavior. In such an infant field it is too much to expect clear-cut and definitive developments to have occurred. At best, the experimental evidence points to future directions of even more fruitful investigations.

Summary

To date, gonadal hormones appear to affect reproduction in certain mammals by interacting with a dual system of receptor sites located in the hypothalamus. One set of sites, in the presence of appropriate external cues, apparently regulates mating behavior in both males and females. Another set of sites appears to mediate the negative-feedback mechanism operating on blood estrogen levels by stimulating anterior pituitary gonadotrophin release in the absence of estrogens.

RESUMEN

Al presente, las hormonas gonadales parecen afectar la reproducción en ciertos mamíferos, por su interacción con un sistema dual de elementos receptores localizados en el hipotálamo. Un grupo de estos receptores en presencia de estímulos externos adecuados, aparentemente regula el comportamiento de la cópula tanto en los machos como en las hembras. Otro grupo de receptores parece mediar en el mecanismo de "feedback" negativo actuando sobre la concentración de estrógenos en la sangre circulante estimulando la liberación de gonadotrofina hipofisaria en ausencia de estrógenos.

Bibliography

Davidson, J.M. and Sawyer, C.H. 1961a. Effects of localized intracerebral implantation of oestrogen on reproductive function in the female rabbit. Acta Endocrinológica, 37:385-393.

Davidson, J. M. and Sawyer, C.H. 1961b. Evidence for an hypothalamic locus of inhibition of gonadotropin by androgen in the male. Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine, 107:4-7.

Fisher, A.E., 1956. Maternal and sexual behavior induced by intracranial chemical stimulation. Science, 124:228-229.

Fisher, A.E. 1964. Chemical stimulation of the brain. Scientific American, 210:60-68.

Fisher, A.E. In press. In, *Brain and the Gonadal Function* (Hull and Brazier, Eds.). Washington, D.C.: American Institute of Biological Sciencies.

Glascock, R.F. and Michael, R.P. 1962. Localization of oestrogen in a neurological system in the brain of the female cat. Journal of Physiology, 163:38-39P.

Green, J.D., Clemente, C.D. and de Groot, J. 1957. Rhinecephalic lesions and beha vior in cats. Journal of Comparative Neurology, 108:505-536.

Harris, G.W. and Michael, R.P. The activation of sexual behavior by hypothalamic implants of oestrogen. Journal of Physiology, 171:275-301.

Harris, G.W., Michael, R.P. and Scott, P.P. 1958. Neurological site of action of stilboestrol in eliciting sexual behavior. In, *Ciba Foundation Symposium on the Neurological Basis of Behavior* (G.E.W. Wolstenholme and C.M. O'Connor, Eds.). Boston: Little, Brown.

Hosta, G., Unpublished. Motivational circuits in the limbic system.

Kawakami, M. and Sawyer, C.H. 1959. Neuroendocrine correlates of changes in brain activity thresholds by sex steroids and pituitary hormones. Endocrinology, 65:652-668.

Lisk, R.D. 1960. Estrogen-sensitive centers in the hypothalamus of the rat. Journal of Experimental Zoology, 145:197-208.

Lisk, R.D. 1962a. Diencephalic placement of estradiol and sexual receptivity in the female rat. American Journal of Physiology, 203:493-496.

Lisk, R.D. 1962b. Testosterone sensitive centers in the hypothalamus of the rat. Acta Endocrinológica, 41:195-204.

Lisk, R.D. 1963. Gonadal hormones: effects of hypothalamic implants on reproduction in the rat. *Proceeding of the XVI International Congress of Zoology* (J.A. Moore, Ed.). Washington, D.C.: XVI International Congress of Zoology, Vol. 2, p. 136.

Lisk, R.D. 1965. C.N.S. sites and mechanism of action of sex hormones in mating behavior. Unpublished manuscript read at the Conference on Hormones and Behavior, Duke University.

Lisk, R.D. and Newlon, M. 1963. Estradiol: Evidence for its direct effect on hypothalamic neurons. Science, 139:223-224.

Michael, R.P. 1958. Sexual behavior and the vaginal cycle in the cat. Nature, 181:567-568.

Michael, R.P. 1962. Estrogen-sensitive neurons and sexual behavior in female cats. Science, 136:322-323.

Michael, R.P. and Glascock, R.F. 1963. The distribution of C^{14}-and H^{3}-labelled oestrogens in brain. *Proceedings of the Fifth International Congress of Biochemistry.* Oxford: Pergamon Press, Vol. 9, Sec. 11.37.

Michael, R.P. and Scott, P.P. 1957. Quantitative studies on mating behavior of spayed female cats stimulated by treatment with oestrogen. Journal of Physiology, 138:46-47P.

Miller, N.E. 1965. Chemical coding of behavior in the brain. Science, 148:328-338.

Money, J. 1965. Influence of hormones on sexual behavior. *Annual Review of Medicine* (A.C. DeGraff, Ed.). Palo Alto, Annual Reviews, Vol. 16, pp. 67-82.

Romanes, G.J. 1964. The central nervous system. *Cunningham's Textbook of Anatomy* (G.J. Romanes, Ed.). London: Oxford University Press, p. 658.

Sawyer, C.H. 1963. Induction of estrus in the ovariectomized cat by local hypothalamic traeatment with estrogen. Anatomical Record, 145:280.

Ackmowledgement

We would like to thank Geoffrey Hosta for the use of his unpublished paper "Motivational Circuits in the Limbic System."

EL DIAGNOSTICO EN PSIQUIATRIA

(Primera parte)

Por HUMBERTO ROTONDO*

El propósito del diagnóstico médico es dar cuenta de lo que ocurre o sucede a una persona desde el punto de vista de su salud para proveer una base objetiva para su cuidado, asistencia, tratamiento y rehabilitación. El diagnóstico se basa en una comprensión de la condición actual y en un estudio de todos los factores que han conducido a dicho estado. El diagnóstico en Psiquiatría, por consiguiente no se diferencia en esencia de todo diagnóstico médico.

Los dominios de la Psiquiatría son en realidad los de la Medicina, pues hay un aspecto o componente psicológico en todas las enfermedades, o en relación a cualquiera limitación somática, por supuesto mayor o menor, según los casos, unas veces participando como factor causal o contributorio, otras principalmente bajo forma de síntomas psíquicos, o como agente curativo.

1º.— Hay un grupo en que las reacciones psicológicas se hallan condicionadas por las características y situaciones vividas por quienes padecen de limitaciones físicas (motoras, sensoriales, etc.), constituyendo el gran conjunto de las reacciones somato-psíquicas.

2º.— Hay reacciones psicológicas ante la presencia de cualquier enfermedad aguda o crónica, como, por ejemplo, la angustia sobre su estado experimentada por un paciente con una insuficiencia cardiaca congestiva, o el estado depresivo que puede acompañar una enfermedad de larga evolución como la tuberculosis, etc.

3º.— Hay factores psicológicos parcialmente causantes de una enfermedad física principal o a la que exacerban o descompensan, por ejemplo, angustia o tensión en un paciente con úlcera péptica, hipertensión arterial, asma, etc.

4º.— Los factores psicológicos pueden interferir con la colaboración de los pacientes en los tratamientos, por ejemplo, a través de una negación de enfermedad o descuido en el cumplimiento de prescripciones, o aumentando el stress en relación a intervenciones quirúrgicas, partos, etc.

5º.— Por último tenemos los llamados desórdenes psiquiátricos que constituyen un conjunto heterogéneo de trastornos con síntomatología predominantemente psicológica, pero de etiología variada y en cada caso, por lo general, múltiple: a) genética, b) somática, c) psicológica y d) social. Dentro de este grupo están, por ejemplo, los desórdenes orgánicos-cerebrales, las esquizofrenias, etc.

El objetivo principal de todo diagnóstico es naturalmente la identificación de la naturaleza del desorden y de los factores etiológicos específicos, si es que

*Jefe del Departamento Médico. Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán".

existen, lo que obliga a proceder de una manera empírica en el proceso del diagnóstico diferencial. Este es el procedimiento en todo diagnóstico médico y es la condición seria y responsable del ejercicio profesional que algunos, sin fundamento alguno, rechazan llamándole simple proceso de etiquetar o de clasificar. En verdad, apartarse de este objetivo inicial de la labor médica es hallarse sin base real para actuar apropiadamente en el tratamiento y rehabilitación del caso. Este es el *diagnóstico clínico*, que ha de ser complementado por un *diagnóstico dinámico* o de los factores psicosociales que motivan u orientan a la persona enferma en la situación presente y por un *diagnóstico genético* en función de las experiencias pasadas, negativas y positivas, que condicionan el estado actual y las formas de reaccionar presentes.

Al hablar de desórdenes o trastornos psiquiátricos nos referimos en sentido estricto a "síndromes" y no a enfermedades en sentido biológico. Entendemos por enfermedad un trastorno del funcionamiento del organismo manifestado por un conjunto de signos y de síntomas relativamente constantes que tienen un curso o evolución parecida, un término predecible, una causa o etiología conocida y determinada. Los llamados desórdenes psiquiátricos, en el estado actual de nuestros conocimientos, no pueden homologarse, en su totalidad, a enfermedades en el sentido estricto de la palabra; hacen excepción ciertos desórdenes orgánico-cerebrales y los desórdenes maníaco-depresivos. En cuanto a las reacciones esquizofrénicas, muy probablemente se trate de un grupo o conjunto heterogéneo en lo referente a etiopatogenia y caracterizado sindrómicamente por una desintegración funcional.

Prudentemente se identificarán los síndromes o conjuntos sindromáticos, los "tipos clínicos" de los tratornos. Este concepto de tipo clínico, puramente convencional y provisorio, obedece a innegables diferencias cualitativas y deja abierta la posibilidad de hallar factores etiológicos a medida que progresen nuestros conocimientos psicológicos, bioquímicos, neurofisiológicos, genéticos, etc.

El hecho de que no se de una enorme variedad de formas de manifestación de los trastornos psiquiátricos hace pensar, siguiendo el criterio de Adolf Meyer, que nuestro organismo sólo dispone de un número relativamente limitado de responder ante muy variadas o diversas causas. De ahí la conveniencia de formular los diagnósticos en dos niveles, atendiendo, por supuesto, a lo que uno realmente encuentra en el caso clínico en estudio y no lo que uno puede conjeturar:

a) El nivel sindrómico.
b) El nivel etiopatogénico.

Las fases del diagnóstico:

En el diagnóstico en Psiquiatría, como en todo diagnóstico médico, apreciamos dos fases: 1) una descriptiva y 2) una interpretativa. La primera consiste en el conjunto de toda la información pertinente sobre el paciente y su familia. Esta información se refiere a su estado actual y a los antecedentes de tipo somático, psicológico, social y cultural, en su conexión real dentro de la totalidad biográfica. Si se señalan las condiciones o circunstancias en que se han hecho pre-

sociales que han caracterizado las diferentes etapas de la vida hasta el momento
sociales que han caracterizado las diferentes etapas de la vida hasta el momento
actual del caso en estudio, se puede obtener una información válida para obtener la *historia natural* de la enfermedad o desorden psiquiátrico. Una descripción de tipo ecológico, o sea de las interrelaciones entre organismo, ambientes y agentes patógenos o noxas, a lo largo del curso de la vida, es el que permite establecer las relaciones entre las diferentes noxas ambientales o endógenas y el organismo a través de sus respuestas o reacciones y, por consiguiente, determinar las resistencias y vulnerabilidades adquiridas o innatas.

La segunda fase del diagnóstico o fase interpretativa se lleva a cabo a través del planteamiento de sucesivas hipótesis diagnósticas, primero en lo concerniente al tipo clínico del trastorno y segundo en lo referente a la etiopatogenia. Se probarán cada una de ellas y se las descartará, si fuera necesario, a favor de aquellas más capaces de sintetizar adecuadamente la información disponible. A este propósito ha de recordarse que las hipótesis son simples instrumentos de trabajo; por eso, la interpretación prudente a partir de hechos prima sobre aquella basada en meras hipótesis no verificadas. Las hipótesis no tienen valor sino en la medida en que ellas provocan el descubrimiento de nuevos hechos, cuya importancia se mide, de otra parte, en relación a los hechos ya conocidos. No se trata de iniciar el diagnóstico a base de preconceptos teóricos, conjeturas e interpretaciones prematuras sin fundamento. A través de la acumulación de datos de observación, de informaciones variadas, de resultados de pruebas psicológicas, exámenes físicos y de laboratorio, podemos llegar de manera inductiva a una formulación diagnóstica empírica, de acuerdo al estado actual de nuestros conocimientos, pero al mismo tiempo, lo suficientemente comprensiva para no reducir el diagnóstico a una palabra o una frase calificativa, por ejemplo, reacción situacional o neurosis, o desorden psicótico. Si así se redujera quedaríamos con una perspectiva imprecisa y vaga.

El problema diagnóstico psiquiátrico no se reduce, de otra parte, a elegir, dentro de alguna clasificación o nomenclatura, la etiqueta clínica que convenga a cada caso. Así entendido, el diagnóstico no tiene valor. Lo que importa es establecer de una manera directa y concreta qué factores psicológicos, orgánicos y sociales están presentes y han condicionado el estado actual, a fin de basar sobre datos positivos e individuales el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Claro está que en todo diagnóstico es indispensable precisar la *naturaleza del desorden*. Este es un aspecto del diagnóstico que no debe tomarse con ligereza, pues del exacto reconocimiento de la naturaleza o tipo del trastorno depende, en buena parte, el éxito del tratamiento que se establezca y la posibilidad de hacer pronósticos válidos. Así, si se toma una reacción esquizofrénica, con aparente sintomatología neurótica de inicio, por una neurosis, se habrá cometido un gravísimo error, que puede retrasar un tratamiento adecuado y oportuno. De no delimitarse convenientemente un estado de angustia en relación a una descompensación neurótica de aquella de origen endógeno o vital se emplearán exclusivamente tratamientos biológicos sin que el paciente reciba la ayuda psicoterápica que el caso requiere. Estos dos ejemplos nos muestran dos de los prejuicios más comunes

en el diagnóstico psiquiátrico: 1) no evaluar convenientemente el tipo clínico del trastorno y el estado actual de organización de la personalidad, con dedicación preferente a posibles factores etiopatogénicos, 2) atención exclusiva a la sintomatología actual sin precisar su significación personal y los antecedentes psicológicos, sociales y culturales, que nos permitirán comprender mejor el estado actual.

1º.— La delimitación de la naturaleza del desorden.—

Ante todo hay que reconocer el tipo clínico del trastorno: si es una psiconeurosis, psicosis, desorden psicopático o simple reacción situacional, señalándose en seguida su modalidad, por ejemplo, síndrome cerebral agudo o crónico, psicosis esquizofrénica, neurosis fóbica, etc., etc. En esto conviene mencionar al lado de la sintomatología dominante aquella menos pronunciada o que meramente acompaña por ejemplo: neurosis ansiosa con síntomas depresivos o síndrome agudo cerebral tipo confusional con sintomatología paranoide, etc. De esta suerte se muestra el cuadro clínico en toda su variedad psicopatológica, llegándose a un diagnóstico de tipo individual, con la salvedad de que los síntomas mencionados pueden ir variando dentro de ciertos límites espontáneamente o en relación a los tratamientos empleados.

Serios problemas de diagnóstico plantea el inicio de los trastornos psicóticos, funcionales y orgánico-cerebrales; en ellos, en esa etapa puede cometerse el error de confundírsele con reacciones psiconeuróticas o con desórdenes psicopáticos de la personalidad. En el período prodrómico de los desórdenes orgánico-cerebrales se comprueba muy a menudo una sintomatología caracterizada por astenia, irritabilidad, dificultad para concentrarse, lo que puede fácilmente llevar a pensar en un cuadro neurasténico; naturalmente, en todo caso, un buen diagnóstico exige una exploración sistemática de todas las funciones mentales y una evaluación objetiva de los rendimientos, sin excluir un buen estudio somático.

A veces las psicosis funcionales: esquizofrenias, depresiones, tienen una sintomatología de inicio o de estado muy semejante a las neuróticas. Hay un grupo de esquizofrenias llamadas pseudo-neuróticas, que ofrecen una sintomatología de tipo neurótico muy variada: al lado de angustia difusa o flotante presentan fobias, ideas obsesivas, compulsiones, síntomas neurasténicos, disociativos, de conversión, cosa que no es común en las psiconeurosis propiamente dichas; de otra parte se agrega la presencia de impulsos sexuales perversos y agresivos no controlados y facilidad para discutir íntimos problemas personales, señal inequívoca de pobres sistemas de supresión y de represión; esto, aparte de la presencia inevitable de los llamados síntomas primarios (trastorno de la asociación, ambivalencia, autismo) y algunas veces de los secundarios. Trastornos de curso fásico, caracterizados por síntomas de tipo psicofisiológicos (astenia, estreñimiento, cefalea, etc.), acompañados de una depresión mínima y de angustia y sin relación mayor a stress situaciones o personal, son equivalentes depresivos y responden muy bien a los tratamientos farmacológicos de la depresión, sin que tengan mayor significación personal o alguna relación importante con lo biografía del sujeto.

Estos ejemplos nos muestran la importancia de una adecuada delimitación del tipo clínico del trastorno, que necesariamente ha de hacerse sobre el fondo de un buen estudio biográfico, de un adecuado análisis situacional y de un examen físico.

2º—El diagnóstico etiológico multi-dimensional.—

Un diagnóstico individual requiere una atenta consideración a todos los factores etiológicos presentes (orgánicos, psicológicos y sociales). A este respecto es indispensable hacerse siempre las siguientes preguntas: ¿qué combinación de hechos y factores etiológicos presenta el caso estudiado?, ¿sobre qué datos se puede hacer algo por el sujeto?, ¿cuáles son las fuerzas o condiciones disponibles como potencialidad constructiva en el sujeto, en su familia y en su situación?, ¿cuánto hay de daño cerebral?, ¿cuánto hay de hereditario o de genético, de somático, de psicogénico y de social? Esta indagación no se hace para los fines de un simple inventario etiológico, sino para precisar la relativa importancia de los diversos factores encontrados en el condicionamiento del trastorno y de su curso. Algunos de estos factores condicionan limitaciones transitorias; otros, duraderos; pero, en todo caso, es posible determinar su modificabilidad. Así, por ejemplo, en el grupo de las esquizofrenias, como ha señalado Franz Kallman, hay un subgrupo de curso benigno asociado a una constitución corporal de tipo atlético, lo que, sin duda alguna, guarda relación a un factor genético de resistencia o de protección; madres ansiosas y sobreprotectoras pueden impedir, a través de sus actitudes fomentadoras de dependencias indebidas, la habilitación o la rehabilitación de sus hijos con limitaciones intelectuales, motoras o de otro tipo.

Hasta donde es posible hay que delimitar la naturaleza de los factores etiopatogénicos encontrados, de los que unos pueden ser predisponentes, otros precipitantes y otros agravantes. La carencia nutricional obra muchas veces como agravante de desórdenes cerebrales crónicos o agudos, como, por ejemplo, en las demencias seniles; en los más variados estados depresivos, la sintomatología se acentúa por la frecuente deficiencia nutritiva asociada y condicionada por la anorexia y rechazo a los alimentos. Un ambiente familiar de rechazo, no raro entre los esquizofrénicos, favorece la movilización, de ansiedad y agresividad, etc. En general, factores de tipo psicológico están presentes en mayor o menor grado, y en alguna de sus diversas formas, en casi todos los trastornos, aún los del tipo del desorden orgánico cerebral y del grupo de las esquizofrenias y del círculo maníaco-depresivo. Así no es raro comprobar una precipitación de síndromes orgánico-cerebrales del tipo de la enfermedad senil (demencias seniles) después de severos stresses emocionales, como, por ejemplo, los condicionados por la pérdida del cónyuge o reveses económicos, etc. En el grupo de las esquizofrenias es posible hallar factores etiopatogénicos psicológicos como factores predisponentes contributorios o como condiciones precipitantes o agravantes.

Esta evaluación de los diversos factores presentes ha de encaminarse obligadamente a una delimitación de lo que es modificable o susceptible de corrección e incluso de reeducación. Así entendido, el diagnóstico sirve para los fines

de orientación del pronóstico y de un mejor tratamiento, o sea representa una verdadera guía para la acción. No basta señalar en una suerte de inventario los factores predisponentes, precipitantes y agravantes. Hay que señalar su relativa importancia, pues la severidad del trastorno estará en relación directa a la cuantía del factor predisponente e inversa del precipitante, como puede comprenderse fácilmente. Asimismo se ha de indicar lo que es modificable o establece limitaciones. En niños y adolescentes, problemas de conducta de una modalidad agresiva pueden hallarse en relación a daño cerebral (encefalitis diversas, traumatismos craneanos), que compromete las estructuras vinculadas a la regulación de los impulsos. La experiencia enseña que este daño representa un verdadero factor limitante, en los diversos tratamientos hasta ahora conocidos, pero esto no significa que no deban agotarse todos los medios de tipo habilitatorio para comprobar hasta qué punto llega la limitación.

Aún en las reacciones psiconeuróticas propiamente dichas, la sintomatología puede depender en parte o agravarse en relación a situaciones objetivas de "stress", sobre todo en el dominio interpersonal. Mencionaremos que no todos los problemas interpersonales a que puede verse expuesto el psiconeurótico tienen una significación dependiente primariamente de su biografía, así tenemos problemas objetivos, que no dependen del sujeto, como pérdidas, trato inadecuado, fatiga, desnutrición, ausencia de comprensión en el trabajo y en el hogar. Esta sobrecarga objetiva, no siempre buscada, se agrega a la condicionada por sus actitudes interpersonales inmaduras y conflictivas, termina por descompensar al neurótico, movilizando sus actitudes conflictivas.

En epilépticos pueden agregarse *factores* psicológicos (no ictales) comprensibles agravando su condición emocional, por ejemplo cuando llegan a interpretar negativamente su condición o son objeto de discriminación o de rechazo, etc. De ahí que sea aconsejable alejar ese modo de pensar dicotómico, que plantea el problema diagnóstico en términos de "o esto o lo otro"; lo prudente es, más bien, tratar de determinar en el caso concreto en estudio: cuánto dependen de la situación,, cuánto se halla en relación a la personalidad y sus experiencias y cuánto de los factores somáticos. Esta manera de encarar el problema diagnóstico etiológico tienen evidentes repercusiones prácticas: una simple modificación ambiental, una disminución de una sobrecarga o "stress" ambiental, por ejemplo, puede disminuir considerablemente la ansiedad de muchos pacientes neuróticos, etc.

3º.— Un diagnóstico cabal incluye necesariamente una evaluación *del grado de profundidad del trastorno.*

Hay trastornos superficiales y otros más profundos. La profundidad se aprecia analizando la relación de trastorno con la situación actual precipitante; un trastorno es tanto más superficial cuanto más depende de la situación presente, concretamente del "stress" o sobrecarga que ésta pueda representar. Dentro del grupo de los trastornos leves se hallan las llamadas reacciones situacionales o reacciones transitorias de la personalidad a una tensión aguda o especial; estos

trastornos, además de encontrarse en relación directa a un desencadenamiento exterior, son eminentemente reversibles, pueden ser muy agudos o intensos, pero remiten generalmente una vez desaparecido el "stress" situacional. Estas reacciones se presentan en situaciones catastróficas (incendios, terremotos, combates, etc.), o como reacción a situaciones de pérdida o cargadas de dificultades. En todos estos casos las reacciones afectivas dominantes son de ansiedad o de depresión a los que acompañan irritabilidad, insomnio, fatiga. A veces estas reacciones dejan secuelas, particularmente cuando el sujeto explota la situación o no recibe un adecuado tratamiento; en estos casos la ansiedad se prolonga, puede hacerse autónoma y puede dificultarse la reincorporación a la vida activa.

Debe tenerse en cuenta, sin embargo, la posibilidad de que ciertos trastornos iniciados como una respuesta comprensiva a una situación problemática continúen o se mantengan por la activación de factores endógenos, éste es el caso de algunas depresiones que iniciadas reactivamente se profundizan por el movilización de factores genéticos.

Un trastorno es más profundo cuanto mayores son la desorganización y la regresión personal. Así en un síndrome agudo cerebral, un simple enturbamiento de la conciencia representa un desorden menos profundo que un estado de amencia o de delirio agudo, donde el desorden acentuado de la conciencia implica un mayor compromiso de las estructuras neurológicas. Con todo, la profundidad del trastorno no es sinónima de malignidad del mismo: así ciertos trastornos profundos pueden remitir, por ejemplo un síndrome agudo cerebral asociado a un proceso infeccioso, una melancolía; en cambio otros no, como por ejemplo, una esquizofrenia tipo hebefrénica o pseudoneurótica o un desorden sociopático de la personalidad. La malignidad de un trastorno está dada de un lado por el grado de desintegración o desorganización personal, de otro por la incapacitación, el curso crónico, el sufrimiento personal y el que causa a otros. De acuerdo a este criterio son malignas ciertas hipocondrías de un curso crónico incapacitante, los desórdenes de la conducta asociados a daño cerebral, ciertas neurosis nucleares o profundas de tipo fóbico que limitan total o parcialmente al sujeto, algunos estados obsesivos compulsivos endógenos del tipo de la bioneurosis, etc. Conviene señalar que el carácter endógeno de un trastorno no está asociado necesaria y obligadamente a malignidad: hay trastornos leves de tipo depresivo o ansioso, benignos, endógenos, de un curso fásico, que pueden remitir totalmente al cabo de algunas fases, o éstas pueden presentarse con largos intervalos libres de todo síntoma.

4º.— Es obligado considerar en el diagnóstico el *curso del trastorno.*

En primer término conviene definir una serie de modalidades de presentación de los desórdenes psiquiátricos atendiendo meramente a la duración de su curso. 1.— Cuando el curso normal de la vida psíquica se ve interrumpido por períodos breves (segundos, minutos, horas) de trastorno o perturbación psicológica o psicobiológica, para ser más estricto, se habla de *ataques;* por ejemplo, un ataque de tempestad de movimientos o hiperquinético en una reacción con-

versiva, una ausencia de segundos de duración en la epilepsia, etc. 2.— Se habla de *fases* cuando estos trastornos duran considerablemente; por ejemplo, una fase depresiva de semanas de duración, una fase distímica colérica ansiosa o depresiva de algunos días o semanas en la epilepsia, etc. 3.— Cuando las fases vuelven regularmente con intervalos libres de trastorno o perturbación psicológica se les denomina *periodos*. Así, por ejemplo, cierto tipo de depresión endógena suele presentarse con intervalos regulares, o sea periódicamente, etc. 4.— De acuerdo a una delimitación clásica válida a través de toda experiencia clínica seria, se llama *proceso* al estado de trastorno o perturbación psíquico duradero que surge en un determinado momento del curso normal de la vida psíquica, como es el caso de cierto tipo de esquizofrenias, estados demenciales orgánicos.

Siguiendo un criterio de inicio, de duración y modo de terminación se puede clasificar la evolución o curso de los desórdenes psiquiátricos en los siguientes grandes grupos:

a) *de evolución aguda limitada:* En estos casos el trastorno de cierta intensidad desaparece sin dejar secuelas, es reversible, dependiendo de causas exógenas o situacionales este tipo son la mayoría de los síndromes agudos cerebrales, las reacciones agudas situacionales debidamente tratadas. b) *de evolución aguda progresiva:* en estos casos el trastorno se inicia con síntomas intensos y turbulentos, que se acentúan a medida que va pasando el tiempo. Dentro de este grupo caen algunos síndromes cerebrales crónicos y algunas formas de esquizofrenia de inicio agudo. c) *de evolución insidiosa - progresiva:* de esta manera comienzan y continúan ciertas formas de esquizofrenia (simple, paranoide) algunos síndromes cerebrales crónicos; por ejemplo, los asociados a arteriosclerosis o a enfermedad senil, etc. Dentro de este grupo deben incluirse las neurosis propiamente dichas; éstas son el resultado de un proceso psicológico crónico e insidioso que se inicia en la niñez, que se manifiesta principalmente por deformaciones del carácter con agudizaciones o descompensaciones intermitentes en que se hacen presentes la ansiedad y otros síntomas de la serie llamada neurótica. d) de *evolución remitente* (cíclica o intermitente). En este tipo de curso el trastorno o desórden desaparece espontáneamente o con un tratamiento que acorta su duración, volviendo comúnmente a reapareciendo intermitentemente. sea de una manera irregular o periódica (trastorno cíclico). Aquí se incluyen los trastornos del círculo maníaco-depresivo, los trastornos epilépticos, las psicosis de forma cicloide o degenativa. e) *de evolución crónica congénita o precoz.* En estos casos se evidencian limitación o déficit intelectual y desórdenes de la personalidad desde muy temprano o de manera congénita sin que pueda modificarse a lo largo del curso de la vida. De esta variedad son los déficits mentales congénitos y aquellos tempranamente adquiridos debido a factores infecciosos o traumáticos, y los llamados desórdenes órgánicos de la conducta en relación a daño cerebral habido en la infancia o niñez.

Vemos pues, que muchos de los desórdenes psíquiatricos pertenecen al grupo de las enfermedades de curso crónico o de "larga duración", como también se les denomina en la actualidad. De acuerdo a la Comisión de Enfermedades Crónicas de los Estados Unidos, estos desórdenes presentan las siguientes características: son permanentes, dejan una incapacidad residual, son causadas por alteraciones pato-

lógicas no reversibles, requieren de adiestramiento especial para la rehabilitación de los pacientes y pueden requerir un "largo período de supervisión, observación y cuidado".

5º.— Otro aspecto a evaluar es la *intensidad de los síntomas.*

Los estados agudos se caracterizan por una alteración psicológica intensa. El comportamiento en las psicosis agudas es muy turbulento o desorganizado o profundamente inhibido e inadecuado. En las neurosis en fase aguda o de descompensación pronunciada se advierte mucha ansiedad, inquietud, o una inhibición marcada, profunda disociación de la conciencia o astenia, sin una mayor pérdida del contacto con la realidad. En los estados agudos neuróticos no sólo la ansiedad es muy intensa sino que las repercusiones viscerales son muy marcadas e incluso la eficiencia mental está muy disminuída (atención, percepción, aprendizaje, recuerdo, etc.). De otra parte simplemente recordemos el caso de las psicosis agudas donde las diversas alteraciones de la percepción, del pensamiento, etc., presentan una gran intensidad y repercuten visiblemente en el comportamiento del individuo, así tenemos perseguidos que huyen de sus presuntos perseguidores o entran en pleitos con ellos, melancólicos con delusiones hipodondríacas, que se consideran casos irremediables y obran consecuentemente.

En general, puede decirse que los *estados agudos* muestran una alteración intensa sea en el comportamiento exterior, sea en la vida íntima. Los estados crónicos presentan síntomas atenuados y su comportamiento, tratándose de las psicosis, se torna comúnmente menos turbulento, aunque esto no significa como sostienen algunos que estén "más lúcidos, orientados, ordenados", y están expuestos intermitentemente a reagudizaciones.

Puede suponerse a manera de hipótesis, la existencia de un factor cuantitativo en la sintomatología psíquica. Sea lo que fuera, es un hecho clínico la modificación en la intensidad de los síntomas en el curso de los tratamientos biológicos y psicológicos y aún de manera espontánea. Pasadas las "crisis" o descompensación, disminuye la ansiedad en las neurosis y puede notarse que se atenúa la sintomatología defensiva. En el caso de las psicosis esquizofrénicas se observa, por lo general, que a medida que pasa el tiempo se va atenuando la sintomatología y coincidiendo con esto en algunos casos un incremento de la desorganización y regresión personales, particularmente cuando la asistencia y el cuidado no son adecuados y no se re-motiva al paciente para la actividad y la vida de relación.

Síntomas como las delusiones y las pseudopercepciones no desaparecen, por lo común, de súbito: la convicción delusional, su firmeza puede disminuir poco a poco, las pseudopercepciones hacerse cada vez más ténues y menos frecuentes hasta desaparecer del todo.

Nótese bien que el término agudo, al hablar de los desórdenes psiquiátricos se refiere a un estado de gran intensidad de síntomas y no tiene una relación obligada a un inicio reciente; así estados crónicos pueden reagudizarse, si el tratamiento ha sido insuficiente o inadecuado, por último hay que señalar los casos

graves o malignos que cursan crónicamente con una sintomatología de tipo agudo turbulenta intensísima.

EL COMPONENTE PSICOLOGICO

Esta orientación ha de servir para una evaluación de la mayor o menor participación, según sea el caso, de la intervención de los factores psicológicos (necesidades emocionales, actitudes interpersonales) para los fines de su "corrección emocional" o de su satisfacción adecuada en el curso de las transacciones interpersonales que se establecen entre el médico y el paciente desde la primera entrevista.

Desde un primer momento es indispensable establecer una diferencia entre el estado actual de la organización de la personalidad o de las estructuras presentes que regulan su funcionamiento, vale decir, un *diagnóstico dinámico* y la historia de su desarrollo y condicionamiento, lo que constituye el llamado *diagnóstico genético*.

No cabe duda que las experiencias de la infancia, de la niñez y de la adolesmencia influyen de una manera decisiva, dadas ciertas condiciones, sobre el desarrollo personal, y por consiguiente sobre las formas personales actuales de reaccionar y de actuar. Evidentemente el pasado de alguna manera, está contenido en el presente, pero de muy diversas maneras: a) como experiencia no asimilada; b) en las estructuras que esas experiencias han condicionado, naturalmente, sobre la base de disposiciones constitucionales.

El simple conocimiento de los antecedentes biográficos no permite comprender las reacciones actuales a menos que tengamos en cuenta el factor o variable intermedia constituido por las estructuras actuales de la personalidad, más o menos integradas, y las situaciones en que sus reacciones tienen lugar. Experiencias de privación afectiva y de rechazo afectivo, pueden haber iniciado el desarrollo de estructuras deficientes en cuanto a la posibilidad de controlar los impulsos y en demorar su satisfacción; si en este caso no se toma en cuenta la modalidad de la estructura reguladora, un análisis puramente genético o histórico nos deja en un nivel de pura comprensión sin mucha ayuda para resolver los problemas actuales. Las tendencias instintivas no son las únicas fuerzas psicológicas que motivan o pueden influir sobre el comportamiento humano. Precisa tener en cuenta las emociones, los sistemas estructurales de control y de defensa, los sistemas de orientación y de regulación, bajo la forma de norma, valores e ideales interiorizados, que de acuerdo a la teoría de la autonomía funcional de los motivos tienen fuerza propia y se han desligado funcionalmente de los antecedentes biográficos o genéticos. Estos sistemas de regulación y de control, llámense sistemas del Yo y del Super-Yo, son relativamente fijos, estables y constituyen todo un sistema de motivos actuales. De otra parte, las mismas tendencias instintivas, tal como funcionan en un ahora y en un aquí, es decir, como operen en el presente, no son simples fuerzas arcaicas, el aprendizaje, las experiencias del tipo de la acuñación (imprinting), las limitaciones somáticas que pudieran haberse agregado, todo es-

to hace que, según sea el caso, tengamos modificaciones o elaboraciones. Por esto, desde el punto de vista de la comprensión dinámica de los casos es menester considerar que los motivos del comportamiento, en sanos y enfermos, deben ser objeto de un análisis en su actual estructura y operación, determinándose el nivel de su integración y madurez, su mayor o menor efectividad en las tareas de la adaptación interpersonal.

Una buena manera de iniciar el estudio de los factores psicológicos es a través de una indagación acerca del posible comienzo o exacerbación de los síntomas, por ejemplo, angustia, malhumor, inquietud, etc., en el curso o justamente después de situaciones personales o interpersonales creadoras de tensión o de stress.

Mencionaremos que en las llamadas "reacciones situacionales" el factor condicionante de mayor peso es la misma situación objetiva que pone a prueba los mecanismos normales de integración o de defensa, vgr.: en catástrofes, cataclismos, etc., en cambio en las llamadas reacciones neuróticas, aunque son de importancia las situaciones objetivas, o sea, las que pueden ser observadas por cualquiera, pesa más la manera cómo el sujeto interpreta la situación, o sea, cómo la percibe, naturalmente en función de sus sensibilidades y vulnerabilidades personales y emocionales y por consiguiente su disposición a crearse situaciones conflictivas. De ahí, pues, la conveniencia del análisis cuidadoso de las circunstancias en las que los síntomas disminuyen, se agravan o aparecen.

De la manera cómo el paciente percibe o interpreta la situación en la que se han manifestado los síntomas podemos pasar a una mejor comprensión de las situaciones tal como las está encarando el paciente. Podemos descubrir en ellas algún "asunto" o problema no resuelto debidamente, por ejemplo: una necesidad de dependencia frustrada, ambiciones exageradas no satisfechas, expectativas inadecuadas, respecto a lo que las otras personas han de hacer o pensar, etc.

Evidentemente estamos aquí frente a factores estructurales, disposicionales que regulan la manera cómo se enfrenta el sujeto a los demás, cómo efectúa sus transacciones interpersonales en la situación actual, resolviendo o creando nuevas dificultades.

Un "asunto" implica una relación con una o dos personas y a veces más, aunque esto no es lo frecuente, en que cada uno de los participantes tiene actitudes definidas hacia las cuales el otro reacciona de una manera automática y afectiva, por ejemplo: uno espera cariño infinito y el otro no lo proporciona como aquél desea; éste busca orientación de manera obligada, y el otro muestra indiferencia o proporciona orientación condicionada a las circunstancias, etc. En general ha de entenderse que en tratándose de los neuróticos y psicóticos las demandas que se plantean por lo común son exageradas, nada realistas en relación a las circunstancias presentes y a la edad cronológica del sujeto.

Frustraciones de todo tipo, situaciones intolerables, más o menos objetivas, a la larga contribuyen decisivamente a la movilización de agresividad o de malhumor. Por supuesto existen multitud de niveles de tolerancia a la frustración, los hay de umbral elevado y otros de umbral bajísimo, notándose en los neuróticos propiamente dichos especiales sensibilidades a sentirse frustrados en determina-

das circunstancias o asuntos: así los hay muy sensible a todo lo que signifique amenaza a sus necesidades exageradas de cariño, otros se muestran muy sensibles a todo lo que entrañe dirección y autoridad o rebaje la imagen ficticia de omnipotencia y omniciencia que regula, de modo sui-géneris, su comportamiento neurótico, etc.

La angustia es uno de los primeros síntomas evidenciables en el neurótico que se descompensa, que no satisface de modo neurótico sus necesidades emocionales, exageradas e inadecuadas. Fundamentalmente revela el fracaso de su sistema defensivo tipo ajuste, una amenaza a los valores ficticios que han estado orientando su conducta. Los síntomas depresivos ocurren por lo común en relación a situaciones de pérdida real o simbólica de objetos o personas significativas, pero también emergen, como expresión de una etapa de agotamiento, cuando los estados de angustia se prolongan sin resolverse adecuadamente.

En el análisis de las situaciones interpersonales precipitantes o de otro tipo es conveniente partir del hecho aceptado en el análisis situacional, que una persona vive simultáneamente en varias situaciones (situaciones superpuestas de K. Lewin) que de alguna manera le afectan y a las que responde de un modo que le es propio o distintivo. En cuanto a los temas o asuntos de las situaciones interpersonales mencionadas hay que prestar atención a las relaciones con la familia, amigos, compañeros, y jefes de trabajo, asociados de negocios, pleitos, fricciones, desencantos, obstáculos, éxitos y fracasos, sobrecarga en el trabajo, problemas económicos, que comunmente repercuten por su relación con responsabilidades personales; promociones, demociones, postergaciones, etc.

Particular importancia tienen las llamadas situaciones de "crisis" en las que el individuo enfrenta problemas que no puede resolver mediante el empleo de las formas habituales o potenciales de encararles o porque representan algo nuevo, con elementos imprevisbles. Representan una sobrecarga cuando las resistencias o capacidad de adaptación son escasas, o cuando aquélla es tan grande o intensa que sobrepasa su nivel de tolerancia; de este tipo son el nacimiento de un hijo, el ingreso a la escuela, la migración a grandes ciudades, la muerte imprevista de seres queridos, enfermedades, etc. Ellas movilizan angustias y aún sentimientos depresivos que pueden hacer más difícil la adaptación a las nuevas circunstancias si es que el individuo no ha encontrado apoyo en su grupo familiar y no posee los suficientes recursos psicológicos (tolerancia a la frustración, efectivos sistemas de defensa psicológica).

En general, es indispensable saber de todas aquellas situaciones actuales que puedan haber producido sentimientos de frustración, anulación o coartación, o sea, que han impedido el desenvolvimiento o actuación personales; pues esto en los neuróticos ya trabados o limitados por sus conflictos interiores, representa una nueva limitación a sus posibilidades de actualización. A veces las neurosis se compensan, en el sentido estricto de la palabra, y los neuróticos pueden funcionar, si bien con ciertas trabas, en condiciones interpersonales de gran seguridad y comprensión y en circunstancias favorables que permitan una cierta actualización de sus dotes o disposiciones positivas. De otra parte, el alejamiento de ciertas personas significativas que representaban un apoyo o satisfacían ne-

cesidades de dependencia pueden precipitar verdaderas descompensaciones y condicionar una recrudescencia de la sintomatología y de la ansiedad central.

Un análisis cuidadoso de la biografía del paciente puede descubrir episodios o períodos en el pasado con síntomas similares o parecidos a los actuales, o puede mostrar que ininterrumpidamente han habituado síntomas reveladores de ansiedad, aparte de actitudes contradictorias y creadoras de conflictos íntimos, como es el caso de las neurosis propiamente dichas, o una conducta antisocial, etc.

La historia de la vida del paciente, su biografía, ha de incluir información acerca de sus transacciones interpersonales básicas en las diversas y sucesivas situaciones de la vida por las que ha atravesado en el hogar, escuela, vecindario, trabajo, personas del sexo opuesto, matrimonio, etc. Pero la importancia de esta información radica en el "stress", o sobrecarga o tensión que hayan planteado al individuo.

Por último, un diagnóstico comprensivo incluye siempre una consideración de la organización y funciones de la personalidad. Esta es el conjunto organizado de actitudes mediante las cuales la persona orienta sus transacciones interpersonales y configura la imagen de sí misma y puede ser, en mayor o menor grado, una condición de inseguridad, dificultades y problemas, y en consecuencia un factor más de "stress", según el caso, que pueda agregarse al dependiente de la situación o de los diversos factores somáticos que se presenten.

Entre los factores psicológicos se han de tener en cuenta las actitudes interpersonales descubiertas a través del estudio biográfico y de la observación. Las actitudes interpersonales contribuyen en mayor o menor grado a crear situaciones difíciles o intolerables frente a las cuales el sujeto reacciona con síntomas de angustia, depresión o con manifestaciones psicosomáticas (úlcera péptica, asma, eczema, etc.). En tratándose de las psicosis pueden ser un factor más al lado de los genéticos, somáticos y sociales, pero también una condición a tenerse en cuenta para que en el curso del tratamiento las actitudes del médico contribuyan a crear situaciones que puedan rectificarlas a través de nuevas experiencias emocionales.

Finalmente es muy importante una evaluación de la capacidad funcional remanente: actitudes constructivas, dotes o talentos, habilidades, etc., que pueden movilizarse en el curso de la intervención psicoterápica y en el proceso de una rehabilitación integral. Las potencialidades humanas rara vez están actualizadas plenamente aún en los sujetos normales. La existencia neurótica es una existencia constreñida, de horizontes limitados, pues las mejores energías se utilizan para defenderse de la angustia, y no se actualizan una serie de posibilidades constructivas por una suerte de inseguridad que inhibe, aleja o destruye cualquier posibilidad de despliegue de posibilidades en la relación humana o en la tarea cotidiana. El daño cerebral en los llamados síndromes orgánicos cerebrales crónicos; la desorganización, regresión y deterioro en los trastornos esquizofrénicos pueden ser contrarrestados y disminuídos a través de una activación de potencialidades. Las posibilidades de compensación y de integración aún en los casos con daño cerebral son mayores de lo que comúnmente se piensa.

PAIDOFILIA EN UNA JURISDICCION POLICIAL

Por Víctor Barba Bartra, Helio Legua Zevallos, Hernán Montes Mendieta, Epifanio Azabache Briceño, Gregorio Susaníbar Orellano.

A diferencia de los animales, el hombre es capaz de inhibir sus instintos gracias a su inteligencia, capacidad que le permite ser individualmente libre. Sin embargo, surgen problemas cuando la manifestación del instinto sexual se traduce en formas anormales, que trasgreden la norma establecida. Nuestro Código Penal que tipifica y sanciona en su sección III, Título primero, los delitos contra la libertad y el honor sexual, no menciona en forma concreta la figura delictiva que se refiere a los atentados sexuales contra menores de 13 años (niños o niñas) y que constituyen la expresión de la anormalidad psicosexual conocida con el nombre de Paidofilia o Pedofilia.

No existiendo en nuestro medio, ningún estudio anterior en relación con este tema, hemos creído de interés realizar una investigación con el fin de obtener una visión aproximada del problema entre nosotros, para lo cual se ha tomado la jurisdicción policial de la 13a. Comisaría de Lima que corresponde al barrio denominado "El Porvenir" cuyas características singulares habremos de señalar. El material de estudio está constituído por las denuncias sobre atentados sexuales presentadas en esta comisaría durante once meses (Enero a Noviembre de 1963). Finalmente estudiamos algunas características de los presentes autores y de sus víctimas para formular reflexiones y sugerencias de utilidad práctica.

Conviene recordar que estos atentados producen siempre repudio en el seno de la sociedad, con la alarma consiguiente. Los diarios en sus titulares los destacan con fines sensacionalistas, y se ha acuñado el término "monstruos" para referirse a los autores, llegándose a afirmar en épocas de mayor difusión de estas noticias que Lima es "la ciudad del terror".

¿Quiénes son estos llamados "monstruos"? ¿Quiénes son sus víctimas? Hasta ahora han sido los grandes ausentes en los certámenes científicos y en las reuniones de grupos de la comunidad que se han preocupado por enfrentar el problema

Consideraciones generales sobre Paidofilia

En la Paidofilia erótica, considerada como perversión sexual, Krafft-Ebing admite los siguientes caracteres comunes: 1º—Se trata de individuos con taras hereditarias. 2º—La inclinación por las personas impúberes del otro sexo parece ser primaria (en oposición al libertino); las representaciones se ven acentuadas de manera anormal marcadas por fuertes sensaciones de placer. 3º—Los actos criminales de los individuos (que salvo en uno de los casos mantiene su potencia sexual) consisten en simples palpaciones impúdicas y en masturbación de las víc-

Tesis para optar el grado de Oficial en el Centro de Instrucción de la Policía de Investigaciones del Perú, 1964.

timas. Esto lleva a la satisfacción del interesado; aún cuando no llegue a la eyaculación. 4º—Los pedofílicos no se excitan con los encantos sexuales de las personas adultas, con las que practican el coito solamente cuando no tienen un niño a su disposición, y ello sin satisfacción psíquica.

Albert Moll hace una clasificación de la Paidofilia, desde el punto de vista de la responsabilidad jurídica, de la siguiente manera: 1º—Casos de enfermedad mental pronunciada, incluída la debilidad mental congénita, parálisis progresiva, demencia senil, e inconsciencia. 2º—Casos de verdadera paidofilia, existente desde la infancia, o desarrollada más tarde. 3º—Otros casos, por ejemplo, aquellos en que los motivos son la superstición y la hiperestesia sexual.

Como se puede apreciar, de acuerdo al primer grupo de la clasificación, encontramos esta aberración sexual en seres con debilidad mental adquirida. En primer lugar la demencia senil, luego el alcoholismo crónico, la parálisis general progresiva, los estados de debilidad mental en la epilepsia, las lesiones en la cabeza, la apoplejía y la sífilis cerebral. Luego se colocan los estados originales de defecto y degeneración mental. No es raro en los estados agudos de alcoholismo y epilepsia y ello se concibe por la excitación sexual que acompaña a menudo tales casos. Entonces puede resultar la violación, e incluso la pederastía.

En lo que se refiere a la paidofiiia erótica del segundo grupo del Dr. Moll, hay que diferenciar los estados pasajeros o crónicos, de inclinación sexual por los niños, de las inclinaciones adquiridas durante la niñez y las engendradas más tarde en un ambiente favorable a la malformación del carácter y de las costumbres. La paidofilia puede entonces, manifestarse acompañada de otras perversiones, como el sadismo y el masoquismo.

Pero la paidofilia erótica en sí misma, no podrá asegurar la impunidad de los delitos que resultan como consecuencia de esos actos. En cambio, si bien es verdad que nuestro Código Penal sanciona los delitos contra el honor sexual, y severamente las violaciones en menores, también es cierto que hay circunstancias atenuantes en estos hechos, cuando la capacidad de resistencia puede verse disminuída por síntomas de neuropatía o psicopatía en el autor, que se manifiesta completamente distinto a un ser normal. También la influencia del alcohol —estado que aumenta el apetito sexual— puede disminuir la libertad de esos actos.

En el tercer grupo, es diferente que el delito tenga por origen la superstición o el deseo de procurarse un estímulo sexual. Podemos afirmar que muchos libertinos, después de haber probado con la mujer adulta todas las formas posibles de comercio sexual, ya no sienten satisfacción en forma normal, y para conseguirlo desvían su inclinación hacia criaturas impúberes. También se puede incluir en este grupo a mujeres —pues la paidofilia se manifiesta también en el sexo femenino— tales como sirvientas lascivas, gobernantas y hasta parientes, que se sirven de los niños que les han sido confiados, para cometer actos contra las buenas costumbres, yendo hasta el coito.

Los actos contra las buenas costumbres cometidos sobre niños son muy diversos. Frecuentemente consisten en la palpación voluptuosa, flagelación, masturbación activa, la utilización de la mano del niño para el onanismo del seductor y la palpación, por parte de éste, de los órganos genitales del impúber, que les produce consecuentemente gran sensación de placer, llegando a la eyaculación.

CONCEPTO DE MENOR

Según nuestra legislación civil, menor de edad es todo aquel que no ha alcanzado los 21 años. El Código Penal Peruano, en su Título XVIII del Libro Primero, sobre Disposiciones Generales, considera —para la aplicación de penas correctivas en menores que hayan infringido las leyes— dos clases: NIÑO, de menos de 13 años y ADOLESCENTE, de 13 a 18 años de edad.

Para el presente trabajo, y de acuerdo sobre lo que se ha dicho de Paidofilia, consideraremos como niños a todos los menores de 13 años o impúberes.

AMBIENTE Y CARACTERISTICAS DE LA JURISDICCION DE LA 13ª COMISARIA "EL PORVENIR"

La Jurisdicción de la 13ª Comisaría "El Porvenir" corresponde a una zona del inmenso distrito de La Victoria.

En el año 1906 había en La Victoria 190 inmuebles, los que han ido aumentando progresivamente al igual que la población. Hoy día se estima que el número de pobladores llega a 220,000 y que la zona urbana comprende 600 manzanas. Diversas avenidas lo comunican con los demás distritos; con el interior del Perú la Carretera Central y con el Sur la Carretera Panamericana.

Políticamente es importante, porque además de ser uno de los principales distritos de Lima, es uno de los que tiene mayor población. El hecho que la Carretera Central termine en él, lo hace puerta de entrada de las corrientes migratorias del centro del país, así como vía de ingreso de los productos naturales necesarios para el consumo de la Capital.

Económicamente la presencia de numerosos pequeños comerciantes, un fuerte artesanado, el movimiento de los mercados Mayorista y Minorista, algunas fábricas y la existencia de pequeñas industrias le dan un fuerte movimiento económico.

Su inmensa población está constituída por un grupo heterogéneo de gentes en su mayoría venidas de provincias y dedicadas a las ocupaciones más diversas, que aunque no siempre de carácter muy lucrativo —pues no pueden enriquecerse rápidamente— a veces rinden para llevar una vida más o menos holgada y para poder subsistir sin privaciones de ningún género. Pero otra gran parte de la población vive en los llamados Barrios Marginales, en condiciones precarias; y al parecer el alto índice de delincuencia de esta jurisdicción estaría vinculado a la forma de vida que lleva esa gente, humilde y modesta, a quien generalmente la necesidad, ha conducido por las más diversas formas de quebrantamiento de las reglas de conducta social y normas legales existentes.

En este grupo social, se encuentran seres que desde su tierna edad han encrumbado sus pasos por el camino del delito, especialmente por haber llevado una vida sin las más elementales normas de moral, de educación e instrucción. Sus progenitores venidos de pueblos lejanos en busca de un porvenir mejor, se encontraron con sorpresa que la Capital es solamente para los más hábiles y para los que cuentan con medios económicos suficientes para subsistir. De allí que, al no encontrar trabajo y no tener cómo poder llevar esa gran responsabilidad que significa mantener y cuidar a los hijos, se descuidan de éstos y los dejan a su libre albedrío; los niños a su vez, al encontrarse abandonados, es natural que reaccionen en forma inadecuada para poder satisfacer sus necesidades primordiales.

En nuestra jurisdicción en estudio, se ve diariamente a grupos de chiquillos, a veces actuando en forma organizada y otras aisladamente, y con experiencia que asombra, que cometen una serie de fechorías, únicamente para amortiguar su hambre y así se les ve desde esa tierna edad, frecuentando la Comisaría en calidad de detenidos.

Pero toda la actividad antisocial no es producto de estos factores. Existe un aspecto que debemos mencionar, cual es el referente a diversos elementos mesológicos de la zona que parecen favorecer la realización de delitos, no sólo por los pobladores oriundos del distrito sino por foráneos que encontrarían las condiciones ideales para dar rienda suelta a sus desmanes, con relativa impunidad.

El tristemente célebre "Barrio Rojo" se encuentra enclavado en esta zona populosa. A él acuden personas de diversas edades y en él no existe un conveniente control. Muchos de los hoteles de la zona de "El Porvenir", son utilizados para el comercio carnal en forma clandestina, con grave peligro para la salud del pueblo, y los pobladores son testigos frecuentemente de escenas callejeras inconvenientes. La concurrencia de menores y su perversión derivada del contacto con este medio ambiente, no es la excepción.

La existencia de zonas rurales, las barriadas en los cerros, los tugurios como Tacora y otros, por la dificultad para ejercer vigilancia policial, constituyen lugares ideales para la comisión de delitos y para escondite de los delincuentes.

Los mercados Mayorista y Minorista, por la aglomeración de gentes a todas horas, son escenario ideal para los robos al escape. La deficientei luminación, unida a la escasa vigilancia policial, hace de muchas calles lugares ideales para perpetrar asaltos, atracos y agresiones.

Este es el medio en el que se desenvuelve la vida de los pobladores de la jurisdicción de la 13ª Comisaría que, repetimos, por un lado favorece la adquisición de hábitos antisociales y por otro ofrece condiciones ideales para la realización de actividades ilícitas por personas procedentes de diversas zonas de la Gran Lima.

ESTUDIO DE LAS DENUNCIAS POR ATENTADOS SEXUALES

MATERIAL Y METODO

La fuente de información para realizar nuestra investigación ha estado constituída por los Libros de Ocurrencias de Calle que existen en la 13ª Comisaría. Estos Libros contienen la transcripción de los Partes redactados por los Guardias, sobre las diferentes denuncias que reciben durante su servicio de Calle o de Prevención. Cada una de las denuncias es asentada en los libros, en orden cronológico y con numeración correlativa cada año.

En total hemos revisado 18 libros, que corresponden a los meses de Enero a Noviembre del año 1963 y que están numerados del 189 al 207, extrayendo todas aquellas denuncias cuya sumilla hace referencia a algún tipo de atentado sexual.

De cada una de las denuncias se ha tratado de obtener el mayor número de datos referentes a las generales de ley del presunto autor y de la víctima. Desgraciadamente, sea por no existir un esquema uniforme para la confección de los partes o por no haberse podido consignar toda la información pertinente, solamente hemos podido utilizar, aún cuando en forma incompleta también, los datos referentes a la fecha de la denuncia, el hecho denunciado, la edad y el sexo del

presunto autor y de la víctimas y algunos resultados del reconocimiento médico-legal, cuando éste pudo ser realizado. Queremos dejar constancia en este acápite, de la esforzada labor de los miembros de la Guardia Civil que tienen a su cargo la confección de los Libros de Ocurrencias, pues en la actualidad, además de este trabajo reglamentario, están abocados a la tarea de organizar un fichero policial de proyecciones futuras, invalorable para investigaciones estadísticas. Convendría, sin embargo, de acuerdo con nuestras observaciones, establecer un esquema general que garantizara el máximo de información pertinente, en el momento de la confección de los Partes.

En una primera fase, de nuestra investigación, hemos reunido todas las denuncias referentes a delitos contra el honor sexual, para analizarlas en función de las variables disponibles, para luego circunscribirnos al estudio estadístico de las denuncias por atentados contra niños menores de 13 años.

RESULTADOS

a) ATENTADOS SEXUALES EN GENERAL

Sobre 27,133 denuncias de todo tipo recibidas en la 13ª Comisaría "El Porvenir", del 1º de Enero al 30 de Noviembre de 1963, cifra que es por sí sola la mejor expresión de las actividades antisociales y problemas de vecindario en esta zona y que representa un promedio de 2,466 denuncias por mes y 81 por día, correspondieron *258* a atentados sexuales, que equivale al 0.95% del total de denuncias.

DENUNCIAS, VICTIMAS Y AUTORES.—Las 258 denuncias involucran 268 víctimas y por lo menos 270 agresores registrados. Esto, como veremos más adelante, ocurre porque en varios casos la denuncia se refería a más de una víctima para el mismo agresor o más de un agresor para la misma víctima.

DISTRIBUCION POR MESES DE LAS DENUNCIAS.—La distribución por meses es como sigue:

Meses	*Denuncias*
Enero	36
Febrero	15
Marzo	24
Abril	31
Mayo	25
Junio	16
Julio	13
Agosto	27
Setiembre	21
Octubre	26
Noviembre	24
TOTAL:	258

Se observa que el mayor número de denuncias se recibió en Enero (36) y el menor en Junio (13), no existiendo diferencias significativas en los demás meses.

CALIFICACION DE LAS DENUNCIAS.—Según lo que formula la persona que solicita la intervención policial, o lo que juzga del informe que recibe quien redacta el parte, cada denuncia recibe una calificación que figura en los Libros.

De acuerdo con las denominaciones utilizadas las hemos agrupado así:

Calificación	*Denuncias*
Violación	131
Intento de Violación	30
Seducción	59
Intento de Seducción	1
Rapto	10
Intento de Rapto	2
Violación y Estupro	1
Rapto y Violación	2
Rapto e intento de Violación	1
Corrupción	1
Ultraje al Pudor	7
Practicar el Acto Sexual	1
Coito contra Natura	1
Proteger actos deshonestos	1
Sin calificar	10
TOTAL:	258

Podemos apreciar que predomina la violación o su intento con 165 denuncias que representa el 64%, siguiendo en frecuencia la seducción o su intento con 60 denuncias que equivalen al 23.2%.

Al revisar las diversas calificaciones, hemos podido apreciar que algunas no parecen reflejar con exactitud la figura delictiva de la denuncia. Creemos que sería interesante que el personal que realiza esta enorme y valiosa labor recibiera ciertas pautas para orientar su criterio, el cual en oportunidades no es suficiente para denominar el hecho, lo cual se confirmaría con la ausencia de calificación en 10 de las 258 denuncias estudiadas.

SEXO DE LA PRESUNTA VICTIMA.—Del total de 268 sujetos, 262 corresponden al sexo femenino y 6 al sexo masculino.

EDAD DE LA PRESUNTA VICTIMA.—La edad promedio de las víctimas, en general, es de 15.5 años y las edades extremas 1.5 y 69 años, habiéndose elaborado estos datos sobre 259 personas, ya que en 9 casos no se registró la edad en los libros.

Para tener una idea acerca de la distribución de las edades, hemos realizado la siguiente agrupación:

Edad en años	*Nº de Victimas*
1—5	13
6—10	21
11—15	97
16—20	108
21—25	12
26—30	3
31—35	—
36—40	2
41—50	2
51—55	—
56—60	—
61—65	—
66—70	1
Sin datos	9
TOTAL:	268

El mayor número de víctimas, por su edad corresponden a las épocas de pubertad y adolescencia. Tomando en cuenta las edades aisladamente, encontramos que entre los 13 y los 20 años se dan 193 casos que equivale al 72%. Los niños menores de 13 años suman 46, o sea el 17%; y los adultos de 21 años o más, suman 20, o sea el 7%.

Esta distribución de las edades con predominio de la pubertad y la adolescencia, estaría señalando que las mujeres (pues ningún varón corresponde a estas edades) son víctimas más frecuentemente de agresiones sexuales en la época del despertar de los impulsos y de la vida heterosexual activa.

IDENTIDAD DEL PRESUNTO AUTOR.—Quedó indicada en la denuncia en 231 casos y en 28 se trató de desconocidos.

NUMERO DE AGRESORES.—En 12 de las 258 denuncias figura que la agresión sexual fue cometida por más de una persona, según esta distribución:

2 personas	4 casos
3 „	4 „
5 „	1 „
6 „	1 „
8 „	1 „
Sin especificar Nº	4 „
TOTAL:	12

En 5 de estos casos, los atacantes eran conocidos y en 7 desconocidos.

EDAD DEL PRESUNTO AGRESOR.—No figura este dato valioso, a pesar de saberse la identidad del sujeto, en 111 denuncias; si a esto agregamos los 28 casos de desconocidos, tenemos 139 denuncias en las cuales se carece de esta información, que representa el 53.8%.

En las 119 denuncias restantes hemos realizado los cálculos correspondientes, encontrando que para 125 presuntos autores, la edad promedio es de 26.8 años y las edades extremas 15 y 66 años. Las agrupamos para conocer su distribución, obteniendo los resultados siguientes:

Edad en años	*Nº de Sujetos*
15—19	27
20—24	50
25—29	17
30—34	10
30—34	10
35—39	5
40—44	4
45—49	6
50—54	4
55—59	—
60—64	—
65—69	2
TOTAL:......	125

Los menores de 21 años son 38 o sea el 30.4%. De los restantes predominan los hombres jóvenes entre 21 y 35 años.

INFORMES DEL RECONOCIMIENTO MEDICO-LEGAL.—Cada vez que se recibe una denuncia sobre atentado sexual, la presunta víctima es enviada por la policía a la Oficina Médico-Legal del Palacio de Justicia, para que los peritos emitan su informe y éste pueda servir como elemento decisivo para formular o no el correspondiente atestado y poner al autor a disposición del Juez.

En los Libros de Ocurrencias, se anota brevemente las conclusiones de estos informes. Pensando que el estudio de este dato es interesante para conocer el epílogo de cada una de las denuncias, lo hemos revisado sistemáticamente, encontrando lo siguiente:

De las 268 víctimas, en 115 no figura ningún dato sobre reconocimiento médico. Según nos hemos informado, ello estaría en relación con diversas circunstancias:

a) después de formular la denuncia, la parte agraviada no vuelve a la Comisaría;

b) recibida la solicitud para el Médico-Legista, no concurren;

c) la presunta víctima se niega a ser examinada;

d) por el volumen de documentos diarios, la transcripción de los resultados, al Libro de Ocurrencias se hace lentamente.

Sería de gran valor estudiar alguna vez este asunto, pues podría proporcionar datos interesantes acerca de las llamadas "falsas denuncias", que es sabido ocurren con gran frecuencia sobre agresiones sexuales.

En los 153 casos restantes, hemos encontrado que 32 informes fueron negativos, 4 señalaron signos de desfloración reciente y 3 sospecha de contacto sexual "externo". En 74 casos existían elementos para afirmar relaciones sexuales antiguas, recordando que este término en Medicina Legal se refiere no a un tiempo

determinado, sino al aspecto que el facultativo observa en su examen. En otras palabras, prácticamente el 50% de las examinandas no presentaban signos demostrativos de ataque sexual reciente. Si a esto agregamos que en otros 20 casos, la víctima estaba embarazada el porcentaje se eleva a casi el 60%, contra sólo un 4.5% de exámenes positivos.

En 13 casos se hace mención al hecho que la denuncia se formula mucho tiempo después del atentado; este lapso varía entre 20 días y 1 año. Si sumamos este dato con el de las víctimas que estaban embarazadas en el momento del examen, habría un 22% de denuncias que harían pensar que por alguna razón recién en este momento una situación humana —frecuente en nuestro medio— dejaría de ser tolerable, para percibirla como una amenaza de la seguridad personal y motivaría la búsqueda del amparo de la autoridad. Nos parece muy interesante, en relación con este asunto, que una denuncia fue retirada porque "la víctima reconoció haber practicado el acto sexual voluntariamente".

Como dato singular finalmente, en 47 de los informes médicos, se señala la existencia de signos de prácticas "contra natura", de los cuales sólo 2 eran de carácter reciente.

b) *ATENTADOS SEXUALES CONTRA NIÑOS*

En total suman 41 denuncias con 46 presuntas víctimas, de las cuales 40 son mujeres y 6 son hombres. En ninguno de los casos hay más de un agresor simultáneamente.

Las denuncias por atentados sexuales contra niños, de Enero a Noviembre de 1963 registradas en la 13a. Comisaría "El Porvenir", representan el 15.8% de las denuncias por atentados sexuales en general y el 0.15% de todas las denuncias recibidas.

La distribución por meses es así:

Meses	*Denuncias*
Enero	4
Febrero	2
Marzo	6
Abril	9
Mayo	4
Junio	1
Julio	—
Agosto	7
Setiembre	3
Octubre	2
Noviembre	3
TOTAL:	41

CALIFICACION DE LAS DENUNCIAS.—Al igual que en el estudio de las denuncias en general, las hemos agrupado así:

Calficación	*Denuncias*
Violación	12
Intento de violación	14
Violación y estupro	1
Violación y rapto	1
Ultraje al pudor	5
Rapto	2
Intento de rapto	2
Coito contra natura	1
Proteger actos deshonestos	1
Seducción	1
Sin calificar	1
TOTAL:	41

Predominan las denuncias por violación y su intento que son 28, o sea el 68.3%. Siguen en orden de frecuencia los ultrajes al pudor en número de 5, o sea el 12.2%; y el rapto o su intento con 4 denuncias, o sea el 9.7%.

Llama la atención que en este grupo de denuncias aparezca una calificada como seducción, debiendo nosotros recordar que nos hemos limitado a transcribir las calificaciones tal como figuran en los Libros de Ocurrencias de Calle.

EDAD DE LOS NIÑOS.—El promedio de edad es de 7.5 años para el grupo estudiado con edades extremas de 1.5 a 12 años. Para los varones, estas cifras son 6 años de edad promedio con 3 y 8 como extremos y para las niñas 7 años, con 1.5 y 12 respectivamente.

La frecuencia de las edades en el grupo la presentamos a continuación:

Edad	*Nº de niños*
1.5	1
2	1
3	4
4	5
5	2
6	3
7	6
8	4
9	3
10	5
11	8
12	4
TOTAL:	46

Predominan los niños de mayor edad, pues los de 6 a 12 años representan el 65%.

EDAD DE LOS PRESUNTOS AGRESORES.—De los 41 presuntos agresores, sólo contamos con el dato de la edad en 24. De los 17 restantes, 7 fueron desco-

nocidos y de 10 propiamente no se registró su edad. La edad promedio es de 34.7 años y las edades extremas 16 y 65.

La frecuencia de edades es así:

Edad en años	*Nº de sujetos*
16—20	4
21—25	6
26—30	1
31—35	3
36—40	—
41—45	3
46—50	3
51—55	3
56—60	—
61—65	1
Sin datos	10
Desconocidos	7
Total:	41

Es interesante que el 83.3% de los presuntos agresores sean mayores de edad y que de éstos el 45% (9) sean mayores de 40 años.

INFORMES DEL RECONOCIMIENTO MEDICO-LEGAL.—De los 46 casos sólo encontramos resultados del examen médico-legal en 22. De éstos, 14 fueron negativos, los 8 restantes señalaban signos: de prácticas sexuales antiguas en 4; de contactos sexuales externos en 2; y de prácticas contra natura recientes en 2. Además como hallazgo durante el examen en niños se encontraron signos de prácticas "contra natura" antiguas. Es decir, sólo en el 36.3% de los casos en que figura el informe, se confirmó desde el punto de vista médico, la agresión sexual.

Estos resultados podrían sugerir, que muchas denuncias serían motivadas más que por hechos, por sospechas o temores de los padres o personas responsables acerca de probables atentados.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS EDADES DE LOS AGRESORES SEGUN LOS GRUPOS DE LAS PRESUNTAS VICTIMAS.—Hemos creído de valor comparar las edades promedio y extremas de víctimas y agresores, en las denuncias estudiadas, considerando:

a) el grupo en general;
b) el grupo de víctimas mayores de 12 años; y
c) el grupo correspondiente a niños.

	Grupos		*Victimas*	*Agresores*
a)	General	Edad Promedio	15.5	26.8
		Edad Extrema	1.5—69	15—66
b)	Mayores de 12 años	Edad Promedio	16.8	22.3
		Edad Extrema	13—69	15—69
c)	Niños	Edad Promedio	7.5	34
		Edad Extrema	1.5—12	16—65

Comparando los datos del cuadro elaborado se aprecia lo siguiente:

a) no hay tan diferencia entre la edad promedio de los agresores del grupo general y de adultos o mayores de 12 años, como la que se observa al comparar la edad de los agresores de niños con los del grupo en general y más aún con el de adultos;

b) la aparente diferencia entre la edad de las víctimas y los agresores en general, disminuye notablemente al tomar en cuenta sólo a las víctimas mayores de 12 años eliminando el grupo de niños, lo cual llevaría a sospechar que muchos de estos llamados "atentados" podrían ser expresión de la actividad sexual en una etapa de la vida en la cual el acercamiento entre sexos está en los límites de lo previsible.

RESUMEN

Se ha realizado por primera vez en el Perú un estudio de los atentados sexuales denunciados en una jurisdicción policial, en especial de los perpetrados contra niños (menores de 13 años), que corresponden a la desviación sexual conocida con el término de Paidofilia o Pedofilia. La jurisdicción escogida para la investigación estadística correspondió al sector del Distrito de La Victoria denominado "El Porvenir", cuyas características singulares han sido analizadas.

Durante 11 meses (Enero a Noviembre de 1963), sobre 27,133 denuncias de todo tipo de ocurrencias policiales, se registraron 258 por atentados sexuales en general, que representan el 0.95% del total de denuncias. De ellas, 41 se refirieron a atentados contra niños, cifra que corresponde al 15.8% de los atentados sexuales en general y al 0.15% de todas las ocurrencias denunciadas en la jurisdicción. La edad media de los agresores de niños y adultos resultó ser de 34 y 22.3 años respectivamente.

Los hallazgos del presente trabajo, parecerían indicar que las denuncias por delitos sexuales y en especial la Paidofilia, no alcanzan la magnitud de informaciones periodísticas y comentarios sólo estimativos que conducen a confundir la opinión pública creando falsa alarma. Se señala la necesidad impostergable de realizar otros estudios sobre este tema que permitan obtener una información objetiva de las actividades antisociales relacionadas con el sexo y que conduzcan a la formulación de medidas preventivas adecuadas, destacándose que la Policía posee material valioso para este tipo de investigaciones científicas.

BIBLIOGRAFIA

Allendy, R.: Le crime et les perversions instinctives, Río, Ed. Víctor, 1942.

Delgado, H.: Curso de Psiquiatría. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1963.

Ellis, A. y Abarbanel, A.: The Encyclopedia of Sexual Behavior. Vol. I. Hawthorn Books Inc., New York, 1961.

Krafft-Ebing, R. Von: Psychopathia sexualis. Payot, París, 1931.

EL ALCOHOLICO EN LA COMUNIDAD

ACTIVIDADES ANTISOCIALES COMETIDAS POR UN GRUPO DE ALCOHOLICOS CONTRA EL HOGAR Y EL TRABAJO, CONTRA EL PROPIO CUERPO Y EL AJENO

Por JOSE SANCHEZ GARCIA

El problema del alcoholismo es extremadamente grave y tan complejo que no sólo requiere múltiples afrontes sino el concurso de muchas disciplinas. Un punto de este problema que hemos de tocar ahora es el referente a las actividades antisociales (1). Pero como éstas también son muy diversas las circunscribiremos a las que son bastante llamativas y a las que pueden pasar desapercibidas cuando no existe la preparación suficiente para calarlas. Las primeras las hemos denominado actividades antisociales contra el propio cuerpo y el ajeno; las segundas comprenden las actividades antisociales cometidas en el hogar y en el trabajo. Y hemos hecho esta distribución no sólo porque en esos aspectos de la vida todo ser humano se encuentra en conflicto potencial sino porque es nuestra intención destacar que con bastante frecuencia puede ponerse indebidamente más énfasis en unos de esos aspectos con detrimento del otro. Así, no es infrecuente pensar que el alcoholismo se encuentra más estrechamiente vinculado a la delincuencia que a las situaciones hogareñas.

En diferentes publicaciones se establecen relaciones entre los aspectos económicos de determinado país con el alcoholismo. Se destaca siempre que hay pérdidas cuantiosas. Podemos indicar por ejemplo, que algunos investigadores (6) informan que en 1940 los EE. UU. tuvieron un mínimo de gastos de $ 778'903,000 debido a conducta antisocial de alcohólicos y a otras situaciones vinculadas a la embriaguez. Entre nosotros (5) se ha señalado que en un quinquenio se registraron en la República casi 30,000 delitos debidos o causados por el alcohol y que se debieron al alcohol el 80% de los 3,095 accidentes que ocurrieron en el Callao en 1954. Según el Anuario Estadístico de 1956 (2), el 45% de las infracciones tuvieron raíces en las bebidas alcohólicas. Se afirma (10) que el alcohol daña a la comunidad cuando está asociado a la tuberculosis porque aumenta la tasa de mortalidad, se incrementa la amplitud y grado de contagiosidad del alcohólico con tuberculosis y se generan enfermedades innecesariamente prolongadas que recargan los gastos fiscales no sólo por lo costoso de la hospitalización sino también los dependientes del alcohólico constituyen rémora para la sociedad. En los Estados Unidos de Norte América el alcoholismo figura en cuarto lugar como causa de ingreso a hospitales psiquiátricos y entre nosotros (5), figura en tercer término. Son obvios, pues, los problemas económicos derivados del alcoholismo y bien conocemos todos

cómo es que una parte de ellos derivan de los actos antisociales entre los que cabe mencionar los accidentes de tránsito, el comportamiento suicida, las agresiones de diversos tipos, las delincuencia, la desocupación, el abandono de la infancia.

MATERIAL

El grupo de 177 alcohólicos que se estudian en los aspectos que hemos elegido son personas que dieron lugar a problemas hogareños, ocupacionales o legales tan importantes, que se hizo imperativa la evaluación psiquiátrica. Algunas veces, el alcoholismo constituía el problema de consulta; otras veces lo eran otras faltas que sólo con la evaluación psiquiátrica apropiada podían atribuirse al alcohol.

No pretendemos proporcionar datos estadísticos porque es necesario tener alguna reserva con respecto a ciertos actos antisociales —la delincuencia por ejemplo— vinculados directamente o indirectamente al alcohol. Tal reserva se fundamenta en que, por lo general, las cifras estadísticas tienen como base la propia declaración del alcohólico cuando es detenido o cuando debe de ser juzgado por determinada falta. Y si no olvidamos que tal declaración tiene valor relativo porque el paciente o el delincuente tienden a deformar la información, surge la falta de objetividad debido a que el alcohólico miniminiza su hábito cuando la actividad antisocial es leve y lo exagera cuando es grave, con el propósito, autónomo o dirigido pero siempre deliberado, de restringir la pena. Tampoco intentamos hacer un trabajo estadístico porque consideramos que nuestro material es reducido. Consta de 177 casos, de los cuales 4 son mujeres, diagnosticados como alcohólicos de distintos tipos y atendidos en condición de internados en el Hospital Central de Policía y en una clínica psiquiátrica privada. Se ha hecho un estudio de los datos de las historias clínicas así como de documentos diversos como hojas de comportamiento en el trabajo, oficios y/o cartas de jefes, amigos, médicos y otros documentos oficiales que resultan objetivos tanto por su imparcialidad cuanto por su repetición a través del tiempo. No se ha intentado hacer una separación por grupos según edades, sexos, centro de atención, etc. Pero en términos generales puede afirmarse que los sujetos evaluados tienen un nivel socio económico parejamente bajo. Se han eliminado de esta casuística a muchos alcohólicos adinerados y/o pertenecientes a capas sociales distinguidas. En el grupo estudiado, el 89% cometió diferentes clases de actos antisociales; en el 11% (20 casos), no obstante que habían muchos indicios de personalidad perturbada, la clase de actividad no quedó debidamente tipificada, especialmente por falta de familiares idóneos y/o de documentos oficiales que confirmasen o rectificasen las opiniones del propio interesado.

Actos antisociales contra el propio cuerpo y el ajeno

Este tipo de actividades está constituído por 46 casos que efectuaron agresiones dirigidas contra otras personas y contra sí mismos. Nos ha parecido conveniente separar los actos agresivos según hayan sido cometidos por miembros de la Guardia Civil, Guardia Republicana o por personas no militarizadas.

Actos agresivos	Guardia Civil	Guardia Repubilcana	Civiles	Total
A) Contra otras personas (jefes, amigos, cónyuge, hijos) —Puño, armas contundentes —Amenaza con armas de fuego	8	14	9	31
B) Contra la vida —Homicidio (2 casos) —Autolesiones, intentos de suicidio —Suicidio	5	6	4	15
TOTAL	13	20	13	46

Las actividades antisociales contra otras personas corresponden a los alcohólicos que agredieron físicamente a compañeros, jefes, cónyuge, hijos, familiares o público. En este tipo de actividades hemos encontrado casos de agresión con puño y armas contundentes; se han considerado también en este grupo muy pocos casos de graves amenazas con armas de fuego que dieron luegar a fragorosas luchas para desarmar al agresor. Quizá este tipo de actos antisociales no tiene tanta trascendencia o, por lo menos, no resulta muy claro el papel del alcohol puesto que algunos elementos provenientes de la situación externa pueden haber jugado un rol importante.

Esto es posible deducir si se tiene en cuenta que 8 de los 31 actos agresivos contra otros individuos fueron realizados por personal de tropa de la Guardia Civil y 14 fueron cometidos por miembros subalternos de la Guardia Republicana. Es sabido que el policía es un servidor que tiene que afrontar frustraciones y el que frecuentemente debe de echar mano a la discriminación para solucionar problemas que quizá están más allá de sus posibilidades. La falta de tino de buena parte del público y la ambigüedad e inadecuación de algunas órdenes de los superiores jerárquicos se combinan con la deficiente integración de la personalidad del alcohólico para incidir en una liberación de agresión en distintas formas.

Cabe destacar que en este tipo de actos sólo tres sujetos han expresado que los cometieron en estado de sobriedad; los restantes han afirmado de distintos modos que los efectuaron en estado de embriaguez. Estos hechos reafirman la presunción que quienes ejecutan este tipo de agresiones aducen embriaguez para atenuar la culpabilidad.

Nos parece oportuno un comentario sobre el elevado 43.4% (20 casos) de actos antisociales contra el propio cuerpo y el ajeno que han sido cometidos por miembros de la Guardia Republicana. Sabemos, por observación empírica, que el efectivo de la Guardia Republicana está constituído preferentemente por elemento mestizo serrano. Conocemos algunos rasgos de este tipo de poblador que no sólo ha sido sistemáticamente estudiado en grupos bien diferenciados de barriadas marginales de Lima (12), sino que fueron detectadas por nosotros, mediante el Psicodiagnóstico de Rorschach, cuando estudiamos las respuestas formales de un grupo representativo de la población peruana (14). Rotondo y colaboradores encuentran,

entre otras cosas, apreciables frustraciones con poco nivel de tolerancia; y la prueba proyectiva mencionada demostró gran constricción de la personalidad. Indudablemente tales hechos generan represión de la agresión que se liberaría por el alcohol. Y esto es lo que ellos han hallado preferentemente en mestizos serranos cuando refieren cómo es que la agresión liberada por el alcohol se expresa sobre todo en golpes a la mujer o a los allegados familiares, en tanto que en estado de sobriedad hay gran sumisión en el trabajo y ante los extraños. A deducir de las entrevistas con enfermos de la Guardia Republicana suponemos que los actos antisociales de estos mestizos serranos serían aun mayores en número si no fuese porque ellos encuentran solución a sus tensiones y agresiones mediante otras salidas como la charla y el hechizo. Estas apreciaciones constituyen una hipótesis de trabajo y, en cierto modo, confirmarían una valiosa observación clínica de Federico Sal y Rosas (13) cuando nos enseñaba la presencia de algunas peculiaridades en las reacciones neuróticas y psicóticas de los miembros de la Guardia Republicana.

En segundo lugar, los actos antisociales contra la vida están representados por 15 casos que los sufrieron en forma destacada. De este grupo, 2 cometieron homicidio y los 13 restantes se autoagredieron severamente sin propósito bien definido o intentaron quitarse la vida en diversas formas (exposición a la acción de vehículos, ingestión de sustancias medicamentosas y tóxicos). A semejanza de lo observado en las agresiones dirigidas contra otros, 10 de los 13 que sobrevivieron a los accidentes afirman que los hechos ocurrieron cuando se hallaban en estado de embriaguez. No hemos hallado entre nuestros sujetos alcohólicos ningún caso de suicidio. Sólo concemos el caso de un policía joven (no incluído en el grupo estudiado) que no siendo alcohólico y hallándose en estado de embriaguez leve, se quitó la vida con un disparo de revólver pooc después de haber recibido una llamada de atención por haber llegado tarde y ebrio. Hemos encontrado más bien, muchos casos con intento de suicidio que hemos de tratar en otro lugar. Unicamente debemos de señalar que un buen número de tales intentos —sean genuinos o simplemente gestos— son atribuídos a la embriaguez por sus ejecutores.

Estos hallazgos darían asidero a la afirmación que preferentemente hace Karl A. Menninger (9) en el sentido que el alcoholismo es un sustituto del suicidio. De ser así debe de suponerse que el suicidio no se encontrará con más frecuencia entre los alcohólicos. También se afirma, no desde el punto de vista estadístico sino en base a estudios de la personalidad y de las historias de los alcohólicos, que el candidato al suicidio y el alcohólico tienen mucho en común, y que cuando la intoxicación alcohólica fracasa en aliviar al bebedor, éste puede encaminarse al suicidio real. Nosotros no estamos en condiciones de afirmar o de negar estas hipótesis porque ni nos lo hemos propuesto ni el material lo permite. Quizá, con estudios de casos debidamente investigados podamos establecer alguna correlación evidente entre el suicida y el alcohólico. Si no perdemos de vista lo que demuestra la experiencia clínica cotidiana y lo que encontramos en nuestro estudio, es posible admitir que sea que el bebedor compulsivo ejecute o no un intento inconsciente de autodestrucción libe-

rada en la intoxicación alcohólica a menudo se dirige contra sí mismo al menos bajo el aspecto de severos autoreproches.

Entre las formas de agresión extrema no se han hallado casos de suicidio y sólo dos de homicidio.

El primero corresponde a un policía alcohólico con graves disturbios de la personalidad que al ser reconvenido por un jefe se retiró, bebió unos pocos vasos de cerveza, retornó al cuartel y asesinó a su superior con dos balazos. Este homicida aseguraba que había cometido su acto en profundo estado de embriaguez.

El segundo caso es el de un oficial de la Policía de Investigaciones, depresivo habitual y alcohólico sintomático que en estado de embriaguez comenzó a jugar a la ruleta rusa; una hermana intervino para desarmarlo y en el forcejeo escapa un tiro que la hiere mortalmente.

Es evidente, pues, que la acción del alcohol en el homicidio también resulta ser moderada. Y decimos moderada porque aunque pensamos que no todos los crímenes, o la mayoría de elos, son cometidos por vinculaciones al alcoholismo como frecuentemente se supone, no queremos significar que los homicidios cometidos por los ebrios no se habrían realizado si ellos no hubiesen estado alcoholizados. Así pues, no negamos el rol del alcoholismo en el crimen; pero es discutible su acción fundamental.

Nuestros datos clínicos y numéricos revelan que esta extrema forma de agresión está tan fuertemente inhibida en el ser humano en general que ni aún la intoxicación alcohólica la libera con facilidad. Esto es más notorio si no se pierde de vista que el policía, permanentemente armado, podría liberar su agresión fuertemente suprimida por acción de la disciplina, cometiendo homicidios. Hechos semejantes han sido revelados en otras comunicaciones. Así, cuando Banay (4) estudió ebrios y no ebrios en la prisión de Sing Sing, no sólo encontró que los homicidios de los primeros representaban el 9% y el de los segundos el 8%, sino que al averiguar qué porcentaje de homicidios fue cometido por ebrios, halló que de 253 homicidios cometidos por reclusos de esa prisión, el 24% lo hicieron en ebriedad y el 76% en sobriedad.

Actos antisociales en el trabajo y en el hogar

Las instituciones del hogar y del trabajo no sólo son afectadas por el alcohólico sino que ellas también lo influencian generándose así una compleja situación social. Desde que ambas instituciones, a su vez, tienen influencias mutuas, nos parece más conveniente tomar algunos aspectos muy limitados para mostrar sólo una de las muchas acciones del alcohol en la sociedad.

De los 157 casos que sin duda alguna cometieron actos antisociales, el 71% lo hizo en el hogar y en el trabajo. Cabe destacar que aunque el 29% restante cometió agravios contra el propio cuerpo y el ajeno, no dejaron de accionar destructivamente en el hogar y en el trabajo; sin embargo no se les ubica en este grupo porque la acción prevalente que había dado lugar a la intervención psiquiátrica correspondía a alguna clase de acción contra el propio cuerpo y el ajeno.

Tipo de actividades antisociales	Nº	%
En el hogar y trabajo	111	71
Contra el propio cuerpo y el ajeno..........	46	29
TOTAL	157	100

Del estudio de los documentos se desprende que el alcohólico siempre vive en una situación económica precaria que repercute no sólo generando incomodidad a él mismo, sino poniendo en peligro a su familia y convirtiéndose en pesada carga para la sociedad. Algunos creen tener muchos amigos y compañeros de bebida mientras que otros son bebedores solitarios; pero en ambos casos, tales sujetos se encuentran viviendo desarticuladamente de un grupo social. Se debe esto a que el alcohólico es irregular e impredecible en su conducta denotando enorme desinterés por su trabajo que constituye gran obstáculo para él; su irritabilidad, agresividad, falta de cooperación e inquietud dan lugar a que no pueda participar en los grupos donde se requiere de armónicas relaciones interpersonales; su inconstancia y falta de sentido previsorio dan lugar a repetidas llamadas de atención de sus empleadores y a frecuentes amenazas de despido; al lado de esto hay permanentes adelantos de sueldos que se invierten en todo, menos en necesidades básicas. Es pésimo pagador y por eso figuran repetidos disgustos, llamadas de atención y sanciones por no cancelar deudas que muchas veces han tenido su origen en la compra a plazos de un objeto que es vendido al contado a menor precio. Son innumerables las reconvenciones para que el alcohólico enmiende su conducta en el hogar y para que no abandone a los hijos en lo que atañe a necesidades básicas.

Pero el alcohólico no se percata debidamente de una conducta ocupacional de esta clase y parece no avisorar las consecuencias. Quizá a esto se debe que apenas el 14% de todos los casos hayan consultado espontáneamente; las 3/4 partes

Fuente de consulta	Nº	%
Espontáneo	25	14
Orden de superiores	44	25
Referencia de otros médicos	90	50
Solicitud familiar	14	8
No bien determinado	4	3
No bien determinado	4	3
Total	177	100

lo hicieron por orden de jefes (25%) o por disposición de otros médicos (50%); una proporción muy pequeña (8%) hizo la consulta a pedido de la familia y aun en tales casos la esposa o los hijos prácticamente se habían visto obligados a solicitar atención psiquiátrica para el jefe de la familia alcohólico. Estas proporciones quizá indicarían que muchos alcohólicos sólo consultan, y tardíamente, por problemas individuales de carácter médico y derivados del tóxico, en tanto que una buena cantidad de alcohólicos pasan desapercibidos para los jefes o éstos no in-

terpretan con exactitud esa conducta ocupacional, considerando como única expresión de alcoholismo el acto de sorprender al subalterno en estado de embriaguez o la circunstancia de haber cometido alguna falta trascendente. Si estas apreciaciones son exactas vale la pena estructurar un programa de divulgación que precisase estos asuntos entre los cuales, creemos, debe de destacarse la delimitación del concepto de alcoholismo (8, 11).

No es difícil deducir que los efectos de un desempeño ocupacional en tales condiciones se reflejará en la familia del alcohólico que en nuestro material, salvo raras circunstancias, es esencialmente pobre y a veces llega a la miseria. Las familias de nuestros alcohólicos a veces están constituídas por los padres y los hijos solamente; otras veces se incluyen suegros, nietos y sobrinos. Por lo general los hijos son numerosos, más de cuatro. De acuerdo a la relativa cantidad de poder, las familias de nuestros casos son del tipo patriarcal, es decir, las influencias preponderantes parten del padre; tanto la promiscuidad y la pobreza, como la falta de incentivos y de esfuerzo sistemático son sellos distintivos en nuestro grupo. Pero a nuestro juicio no es esto lo más importante. Quisiéramos destacar que consideramos la familia no como un fenómeno biológico sino como una entidad social, que se conceptúa como "...algo más que cualquier club o cualquier unión industrial. Una persona puede nacer, crecer, vivir, procrear nueva vida y morir, sin una familia. La familia es una asociación de personas, su forma está determinada por el uso tradicional. Es una asociación que responde a necesidades humanas. Probablemente ha sido la más exitosa técnica de asociación conocida por el hombre. En una forma u otra ha existido en todos los tiempos, en toda sociedad de la que podamos tener noticia" (3).

Considerada desde este punto de vista no tiene mayor importancia el aspecto legal de la familia en el sentido usual de catalogar a nuestros alcohólicos como solteros, casados, viudos, divorciados o convivientes. Más trascendente es el modo de vida que determinada familia desarrolla. Como bien sabemos, existen uniones duramente atadas por resortes legales que son en realidad asociaciones extremadamente laxas e infelices. En cambio hay uniones libres, llamadas ilegítimas, que son muy sólidas y ejemplares. Por esta razón consideramos que en nuestro material no existe diferencia sustancial entre convivientes y casados que agrupan al 70% El resto abarca 23% de solteros, 3% de viudos y 2% de divorciados. Pero estas proporciones no tendrán valor si dejan de asociarse con el tipo de relaciones existentes en la vida familiar. Y con esto en mente las hemos conceptuado como buenas, regulares o malas, según que, respectivamente, los datos de la historia clínica revelasen problemas ocasionales, frecuentes y tolerables o frecuentes y graves.

De acuerdo a esto encontramos que el 63.6% de nuestros casos muestran vida familiar mala. Es decir, es una familia en la que menudean los insultos, desamparos, incertidumbres, abandonos morales y agresiones que empequeñecen material y espiritualmente los hogares. Es oportuno tener en cuenta que en nuestro material hay una apreciable cantidad de guardias civiles, soldados de la Guardia Republicana, investigadores y trabajadores burócratas y no calificados. Es

decir sujetos que se encuentran en los más modestos niveles ocupacionales son los personajes principales en la dirección de sus hogares. Esta circunstancia permite destacar, sin necesidad de mucho ingenio, el grave problema familiar que implica el alcohólico. Pero es bueno indicar que decimos alcohólico y no alcoholismo porque debe precisarse que no es posible atribuir al alcohol, simplemente, los problemas familiares. El alcohol sólo tiene un factor de agravamiento pero no de creador. La real causa radica en la personalidad inmadura del alcohólico y en este sentido, creemos, lo importante estaría en buscar protección y seguridad para las familias de los alcohólicos, y en evitar hasta donde sea posible. que se formen familias con las desgracias que ellos suscitan. Pero esta necesidad escapa de los marcos de la presente nota y, a nuestro juicio, requiere ulterior estudio al menos en los aspectos psico-sociales y legales.

COMENTARIO

Si conceptuamos el alcoholismo como un problema social, es menester considerar cómo es que la bebida excesiva puede influir en la comunidad. Para ello, creemos que es necesario no perder de vista que en nuestra compleja sociedad existen instituciones específicas que constituyen un aspecto de la totalidad y que entre esa parte y el todo hay constantes influencias mutuas, sean éstas constructivas o destructivas. Entre diversas instituciones específicas, creemos que la familia es fundamental en la constitución de toda sociedad. Y si en esta van apareciendo nuevos lazos que requieren de más alta integración, así también los mismos lazos surgen y pueden ser apreciados en instituciones específicas dentro de esa totalidad; igualmente, si las inadecuaciones y los daños consiguientes son detectables en la sociedad, así también se les puede ver exageradas en instituciones específicas. No cabe duda que el uso del alcohol juega un rol importante tanto para propiciar esos lazos cuanto para generar esos daños. Por cierto que el uso tradicional del alcohol abarca muchas actividades que pueden tener algún rol en instituciones específicas, pero este asunto no hemos de tocar en esta nota. Unicamente consideraremos al bebedor excesivo o patológico. Si se admite que una institución específica —la familia— es un pilar básico para la organización de la sociedad, es posible deducir que algunos de los daños de ésta pueden ser buscados en aquélla. Y si nos referimos al alcohol vale la pena tratar de encontrar el tipo de relación que existe entre una actividad particular —la bebida excesiva— y una institución social —la familia.

Con referencia a la familia, diversos trabajos destacan cómo es que esta institución específica se arruina por el bebedor excesivo. Pensamos, con Bacon, que una descripción tan limitada de la relación entre esos dos fenómenos es enteramente inadecuada para el cabal entendimiento del problema del alcohol, sea que tal entendimiento se desee con fines terapéuticos o profilácticos. Creemos que como médicos no podemos quedar satisfechos con describir la ruina familiar que origina un alcohólico; debemos de ir más allá con objetivos preventivos.

En base a nuestros hallazgos puede inferirse que la acción del alcohol en la criminalidad no es tan manifiesta como generalmente se supone; en cambio es

bastante elevada la proporción de actividades antisociales que en relación al alcohol se cometen en la familia y en el trabajo. Y las consecuencias son graves por las repercusiones de la familia en la sociedad, y viceversa. Pero al admitir esto como evidencia, apenas estamos señalando un problema y nuestro afán es buscar algún derrotero que impida la tragedia familiar generada por el alcohólico. Es decir, si la sociedad tiene un pilar básico en la familia y ésta es perturbada seriamente por el alcohólico, cabe buscar cuáles son los nexos que existen entre éste y aquélla.

Si se tiene en cuenta que en el grupo estudiado hay 173 varones que son jefes de otras tantas familias, es legítimo considerar el rol que juega ese líder dentro del hogar, sobre todo si la familia es patriarcal como ocurre en la totalidad de nuestros casos. Se ha encontrado que casi las 3/4 partes de los casos han cometido serios y reiterados agravios en el hogar; a esta alta proporción debe agregarse la que corresponde a quienes fueron evaluados por actividades antisociales contra el propio cuerpo y el ajeno, ya que ellos también habían tenido serios conflictos hogareños aunque no fueron éstos los que originaron la hospitalización. Es decir, la totalidad de los casos habían quebrantado, y muy gravemente, la estabilidad de la institución familiar. Como consecuencia, resulta incompatible la condición de alcohólico con la asociación conyugal. Y la incompatibilidad no sólo es más acentuada en la institución familiar que en cualquier otra sino que es tanto más grave cuanto más inferior es el nivel socio-económico de la familia.

Un alcohólico que actúa como jefe de familia no cumple de ninguna manera las funciones de esta asociación entre las que podemos señalar la satisfacción de relaciones interpersonales genuinas, las necesidades de afecto y de intercambio sexual, el ofrecimiento de una situación en la que pueda existir intimidad recíproca, estrecha y continua. Se comprende que tales funciones cubren una multitud de actividades que implican rasgos positivos de la personalidad que se traducirán en dación de afecto, independencia y toma de aceptación de responsabilidades. Pero precisamente en el alcohólico están ausentes tales rasgos. Si bien no es posible hablar de una personalidad alcohólica, sí es posible señalar un conjunto de rasgos que hablan de una personalidad en desmedro (7). Entre tales rasgos se puede mencionar: reserva, inseguridad para tomar decisiones, sensibilidad exagerada, timidez en sus actitudes, interés en roles pasivos, holgazanería, inmadurez, temor del sexo opuesto, agresividad, asociabilidad, amistad laxa, suspicacia, evasividad y otros que empañan notoriamente la integración del alcohólico en la sociedad y, por lo tanto, en su más valioso y esencial representante, la familia.

Por cierto que un sujeto con las características señaladas no mirará con buenos ojos el matrimonio y más bien verá amenazante una situación familiar. Sin embargo, establecerá la asociación matrimonial —legítima o ilegítima— y tarde o temprano aparecerán las perturbaciones familiares que hemos señalado. Si, salvo circunstancias muy favorables, las familias de los alcohólicos se empequeñecen material y espiritualmente es que existe algún factor que condiciona tal situación. Como el factor es el sujeto que bebe, no es exagerado afirmar que la bebida

excesiva y los factores de la personalidad que conducen a la bebida excesiva tienden a impedir o excluir el matrimonio. La manera como esto puede efectuarse escapa momentáneamente a nuestro alcance. Pero podemos indicar que en el grupo en estudio, además de los negativos factores de la personalidad existen otros de naturaleza social que quizá influyen para que el matrimonio no sea considerado tan esencial.

RESUMEN

Al estudiar las historias de 177 sujetos (4 mujeres) diagnosticados como alcohólicos de distintos tipos, se encuentra que frente a poca proporción (29%) de actividades antisociales contra el propio cuerpo y el ajeno hay 71% de actos antisociales cometidos contra el hogar y el trabajo. En base a esto se destaca que a través de la familia se provoca severo daño a la sociedad pues ésta tiene su pilar básico en aquélla. Se considera la inconveniencia de que el alcohólico forme un hogar y se establece la necesidad de practicar estudios más exhaustivos a fin de evaluar si el alcohólico deberá estar impedido para el matrimonio.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Clasificación de los desórdenes mentales, traducción mimeografiada en la División de Higiene Mental del Perú, 1964.
2. Anuario Estadístico del Perú. 1956-57.
3. Bacon, D. Seldon: Excessive Drinking and the Institution of the Family. Alcohol, Science and Society. New Haven. Quart. J. of Stud. on Alcoh. 1954.
4. Banay, R. S.: Alcoholism and Crime. New York. Appleton-Century-Crofts, 1957.
5. Caravedo, B. & Almeida, M.: El alcoholsimo, problema de salud pública. Investigación de algunos aspectos del Perú. Rev. Psiq. Per. I, 39 65, 1957.
6. Landis, Benson Y.: Some economic aspects of inebriety. Alcohol, Science and Society. New Haven. Quert. J. of Stud. on Alcoh., 1954.
7. Machover, S. & Puzzo, F. S.: Clinical and objetive studies of personality variables in alcoholism. I. Clinical investigation of the "Alcoholic Personality'. Quart. J. of Stud. on Alcoh. 20, 3:505-527, 1959.
8. Marconi, Juan T.: The concept of alcoholism. Quart. J. of Std. on Alcoh. 20, 2:216-234, 1959.
9. Menningre, Karl A.: El hombre contra sí mismo. Ed. Losada, Bs. As., 1952.
10. Morse, Dan: Bulletin of the National Tuberculosis Association, p. 157, noviembre, 1956.
11. Rotondo, Humberto: Delimitación del alcoholismo. Rev. Med. Peruana. XXVIII, 326:836 840, 1957.
12. Rotondo, Humberto y col.: Diversos trabajos en Estudios de Psiquiatría Social en el Perú (Caravedo, B.; Rotondo, H. & Mariátegui, J.) Ed. Del Sol, Lima, 1963.
13. Sal y Rosas, Federico. Comunicación personal.
14. Sánchez García, J.: Psicodiagnóstico de Rorschach. Respuestas de forma en el Perú. Tesis de Bachiller en Medicina, 1951.

ALCOHOLISMO Y LESION CEREBRAL

COMUNICACION PRELIMINAR SOBRE HALLAZGOS ELECTROENCEFALOGRAFICOS Y NEUMOENCEFALOGRAFICOS EN UN GRUPO DE ALCOHOLICOS*

Por MANUEL ALMEIDA V.

Desde hace tiempo se conoce que el alcohol no sólo actúa disturbando la función cerebral sino que su uso desmedido lleva a la producción de lesiones parenquimales muchas de ellas permanentes.

Los textos clásicos de Psiquiatría y Neurología, así como las obras actuales de consulta tienen capítulos amplios dedicados a la exposición nosológica de estos trastornos neuropsiquiátricos que bien pueden agruparse con el nombre genérico de encefalopatías alcohólicas; y que engloban desde la intoxicación alcohólica aguda hasta la demencia pasando por el síndrome amnésico de KORSAKOFF, la enfermedad de WERNICKE o polioencefalialitis hemorrágica superior, la degeneración del cuerpo calloso de MARCHIAFAVA BIGNANI y la atrofia cerebelosa alcohólica, trastornos todos, que hasta el presente son los cuadros clínicos en los que la evidencia neuropatológica de daño cerebral es incuestionable, llegándose a sostener aun la especificidad anatómica de la lesión tanto en su aspecto topográfico como estructural incluso para las psicosis, según lo expresan trabajos modernos sobre cambios degenerativos de los cuerpos mamilares en la psicosis de KORSAKOFF los que serían singulares, no encontrándose en otros procesos morbosos (LIS y BRION).

Esto, en forma muy ajustada, ha sido el marco en el que se ha desenvuelto la correlación entre lesión cerebral y alcoholismo hasta hace poco tiempo. Sin embargo, el interés cada vez mayor, no ya por las complicaciones físicas y mentales del beber excesivo, sino por el alcoholismo en sí, ha orientado los estudios hacia otros enfoques. Indudablemente ha contribuído grandemente a ello, la delimitación del concepto de alcoholismo como entidad nosológica, en el sentido de un comportamiento especial frente al alcohol expresado a través de dos síntomas fundamentales: "la incapacidad de detener la ingestión una vez iniciada" y la "incapacidad de abstenerse de alcohol", trastornos ambos que junto con los de abstinencia ponen de manifiesto no ya una dependencia exclusivamente psicológica, sino principalmente una dependencia física de tipo adictivo que demuestra las

* Trabajo presentado en la reunión científica cos motivo del tercer aniversario del Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" y la inauguración de la Unidad Antialcohólica, Setiembre 1964.

propiedades estupefacientes del alcohol etílico, razón por la que los farmacólogos colocan esta substancia en una categoría especial, intermedia entre las drogas toxicomanígenas y las que inducen hábito.

Estas apreciaciones técnicas ampliadas y difundidas por organismos internacionales de salud, y grupos de estudio competentes, han tenido un equivalente práctico dentro de la especialidad; nos referimos a la experiencia clínica cada vez mayor que se está logrando sobre esta clase de pacientes que podríamos calificar como "alcohólicos puros", es decir, alcohólicos sin psicosis, en los cuales el problema principal que los lleva a la consulta es la forma anormal de beber o sea el comportamiento singular que experimentan frente al alcohol.

Fue en este grupo de enfermos, que en 1954 y 1956, algunos investigadores franceses tales como PLUVINAGE, PIERSON y KIRCHER descubrieron, empleando métodos neuro-radiológicos, agrandamiento de los ventrículos como signo indicativo de atrofia cortical, señalando al mismo tiempo que tales resultados podrían explicar las pobres respuestas terapéuticas en algunos alcohólicos. Por esos mismos años TUMARKIN y colaboradores presentaron 7 casos de alcoholismo en personas relativamente jóvenes, con una edad promedio de 32 años, los cuales tenían también evidencia de daño cerebral comprobado mediante exámenes electro y neumoencefalográfico.

Estos hallazgos previos y otros posteriores han sido los que nos han estimulado a efectuar evaluaciones similares entre nosotros, aprovechando para ello el material clínico, no muy escaso por cierto, proveniente tanto de este Hospital como de otros Servicios destinados a alcoholismo. Dado el carácter preliminar de ésta comunicación, presentaremos únicamente los resultados más saltantes, así como un comentario general, pues consideramos que la investigación aún no se halla concluída, requiriéndose incrementar la casuística, analizar más detalladamente los datos y establecer correlaciones con exámenes sistematizados que desde hace un tiempo está llevando a cabo el servicio de psicología del Hospital.

Entrando ya en nuestro trabajo, señalaremos que el material humano estuvo constituído primitivamente por 64 casos de alcoholismo en todos los cuales se efectuó exámenes electroencefalográficos y en 11 de ellos, además, estudios neumoencefalográficos; sin embargo, con miras a una mejor evaluación de los resultados, de ese total se han descartado 8 casos por padecer procesos asociados tales como conducta psicopática, deterioro acentuado, epilepsia, esquizofrenia paranoide, neurosis obsesiva grave, debilidad mental y arterioesclerosis cerebral, en todos los cuales no infrecuentemente se describen alteraciones bioléctricas y otros signos de injuria cerebral.

En los 56 restantes, que constituyen propiamente el grupo de estudio, la edad durante la consulta ha oscilado entre un máximo de 66 años a un mínimo de 21, con un promedio de 43 años. El tiempo medio de duración de la enfermedad ha sido de 14 años, considerando para tal cómputo y con un sentido práctico, el lapso que media entre el consumo excesivo durante 2 días consecutivos y la fecha actual, siendo de interés señalar que en esta forma medimos aproximadamente la duración del período adictivo a partir de la pérdida de control.

El cuadro clínico de este grupo de pacientes era más o menos similar; en efecto, todos excepto uno presentaban como síntoma principal "la incapacidad de detener la ingestión" o "pérdida de control", así como reacciones de privaciones más o menos severas. Correspondían pues al tipo de alcoholismo llamado intermitente o forma Gama según la última clasificación de JELLINEK y que al parecer es la forma predominante en nuestro medio. Sólo un caso presentaba "incapacidad de abstenerse" identificándose con el alcoholismo llamado Delta.

Similarmente la mayor parte padecían de episodios de ingestión prolongados y amnesias de embriaguez. 16 casos tuvieron, dentro de las 24 horas siguientes al ingreso, estados deliroides, particularmente nocturnos acompañados de pseudopercepciones transitorias de tipo visual, auditivo o cenestésico, síndrome que duraba entre 2 a 4 días. Sólo dos pacientes presentaron delirium tremens con gran despliegue psicomotriz, intensas alucinaciones visuales y desorientación, pero que también duró pocos días y hubo asimismo un caso con una psicosis mixta de delirio y alucinosis que remitió después de 8 días.

De los 56 enfermos únicamente en 3 se encontró como antecedentes episodios convulsivos en la fase de abstinencia pero que no se evidenciaron durante la observación. Desde el ángulo de la personalidad había trastornos variados, pero en general poco manifiestos si no se profundizaba el estudio, así por ejemplo se consignaba cierto grado de inmadurez en las relaciones interpersonales, labilidad emocional, suceptibilidad exagerada, cierto grado de deterioro aunque leve en algunos, falta de conciencia de su trastorno con manifiesta tendencia a racionalizar su comportamiento en otros, etc., disturbios todos ellos de gran interés psicopatológico y sobre los que insistiremos en un trabajo posterior. Debemos recalcar sin embargo, que excepto en algunos casos ninguna de estas alteraciones tenía tal cuantía que impedía un desenvolvimiento social más o menos aceptable, según se desprende del hecho de que del total de enfermos sólo 8% estaban sin ocupación, mientras el 92% restante seguían laborando activamente y gozando los derechos del seguro social.

Es este material humano y con las características que hemos señalado, el que fue objeto, además de otros estudios, de exámenes electroencefalográficos y radiológicos que se llevaron a cabo, por lo general pasado el período de desintoxicación, más o menos entre la tercera y cuarta semana después del internamiento.

Los hallazgos de los estudios de electroencefalografía demostraron que el 45% de la muestra, es decir 25 pacientes, tenían manifiestas anormalidades bioeléctricas, 14 fueron informados como registros difusamente desorganizados en grado mínimo, 6 como desorganización de grado moderado y 5 como registros anormales con tendencia paroximal y desorganización difusa.

En lo que concierne a la indagación radiológica llevada a cabo en 11 alcohólicos, los resultados evidencian normalidad sólo en 5 de ellos mientras que los 6 restantes es decir en el 55% los hallazgos fueron anormales, de éstos 1 presentaba signos de atrofia subcortical de ambos lóbulos frontales y los 5 restantes datos de atrofia subcortical de ambos lóbulos frontales y los 5 restantes datos de atro-

fia corticosubcortical difusa. Hubo correlación entre los registros electroencefalográficos y neumoencefalográficos en 5 enfermos, en el sentido de que ambos exámenes eran concordantemente positivos o negativos, en cambio los resultados fueron discordantes en los otros 6 casos, sea porque el electroencefalograma anormal de 5 pacientes se asoció a radiografías normales o lo que es más notorio un caso de atrofia cerebral presentó un registro eléctrico normal. Estas peculiaridades de los resultados, los hemos presentado únicamente con el fin de tener una idea objetiva del valor bastante relativo y cuestionable que pueden tener estos exámenes sobre todo el electroencefalográfico, en la detección de lesiones no muy acentuadas del cerebro.

DISCUSION

Los resultados que hemos expuestos evidencian en forma inobjetable que el daño cerebral definido que hasta hace poco sólo se vinculaba a los cuadros clínicos de la psicosis de KORSAKOFF y las encefalopatías alcohólicas ya señaladas, se presenta también en los estados subagudos de la adicción alcohólica. La existencia de esta patología cortical, sin embargo pasa desapercibida por lo común debido a que los enfermos no ostentan manifestaciones groseras de disturbio mental ni otros signos clínicos llamativos del síndrome cerebral crónico.

Según se desprende de la revisón de la bibliografía disponible, los resultados preliminares de este estudio concuerdan estrechamente con los de otros autores. Así LAFON y colaboradores reportan 100 casos de alcoholismo, la mayoría de los cuales tenían pequeños trastornos de la personalidad y en los que la neumoencefalografía demostró un 78% de atrofias cerebrales a menudo difusas, que se agrupaban en 8% de tipo cortical, 44% subcorticales y 48% cortico-subcorticales.

En el 80% de los casos el electroencefalograma fue anormal, con disturbios pequeños y difusos. LEUCH en 1958 publicó que sobre una muestra de 65 casos de adicción había encontrado 85% de atrofias cerebrales. BARINI y PEREYRA DA SILVA, en 1959 encuentran que en 36 casos de un grupo de 42, es decir en el 85%, hay aumento de los espacios ocupados por el líquido cerebroespinal, así como de los ventrículos cerebrales, opinando que la atrofia puede presentarse como resultado del alcoholismo pero que no pueden eliminarse factores genéticos. MALLER y colaboradores sobre 25 casos hallan atrofia en 85% de alcohólicos con más de 10 años de enfermedad y que se encuentra asociado a ensueños ansiosos y dificultades en la comprensión.

Publicaciones relativamente recientes como las de GRAHAM y NEWMAN, así como las de HUDOLIN dan mayor peso a la demostración de la lesión cerebral en el alcoholismo no avanzado. El último de los citados, en una casuística relativamente grande de 147 casos sometidos a exámenes de neumoencefalografía encuentra que sólo 14 eran normales, mientras que el 90% restante presentaba signos de atrofia cortical y subcortical además de otras lesiones. Desafortunadamente en el abstracto de este artículo que nos ha servido para analizar, no hay

una descripción clínica del material humano utilizado, asunto que consideramos fundamental para esta clase de trabajos.

En lo tocante a la exploración bioeléctrica cerebral mediante la electroencefalografía, si bien es cierto que hay varios reportes desde 1941 sobre los cambios producidos en la intoxicación aguda con dosis standard de alcohol, así como en el D. T., no hay muchas investigaciones sistemáticas en el alcoholismo adictivo en sí. Algunos autores han señalado en el alcoholismo crónico anormalidades en un porcentaje del 20 al 38%, pero nuevamente tenemos el problema de que por lo común en estas investigaciones se refieren suscintamnte a "alcohólicos crónicos" y no presentan las características del material humano tanto desde el punto de vista de su comportamiento frente al alcohol, como desde el ángulo psiquiátrico y psicológico.

Hay actualmente evidencias para suponer que los registros electroencefalográficos en el alcoholismo serían distintos si se obtiene durante una crisis de ingestión, o en el período de abstinencia o en la fase intercalar. A este respecto las investigaciones experimentales de ISBELL y WICKLER, así como las recientes de NEWMANN y MENDELSON sobre intoxicación alcohólica crónica en humanos son demostrativas. Dichos investigadores después de mantener a varias pacientes en estado de intoxicación, durante días continuos, objetivaron que la supresión brusca de alcohol, producía dentro de las 20 horas siguientes registros electroencefalográficos anormales, incluso con tendencia paroxismal, cambios que marchaban paralelos con un cortejo sintomático que englobaba incluso trastornos pseudoperceptivos.

Los estudios de LAFON, ya citados así como los de BONETTI y particularmente los de BENNETT, quien ha obtenido registros electroencefalográficos seriados en alcohólicos bien evaluados, desde el punto de vista clínico, son también bastante demostrativos de las lesiones cerebrales en el alcoholismo sin complicaciones y que guardan conexión con nuestros propios hallazgos. El segundo de los citados a partir de su experiencia sobre 227 casos, pretende demostrar la existencia en el alcoholismo de un estado intermediario colocado entre el síndrome cerebral agudo y el crónico, estado en el cual las apreciaciones clínicas, psicológicas, bioléctricas y neuroradiológicas, podrían objetivar signos de daño cerebral aunque de grado moderado. En 81 casos que pertenecían al estado intermediario, el A. encuentra que el 79% tenía electroencefalogramas anormales y en 4 casos en los que se efectuó neumoencefalografía, 3 presentaban signos de atrofia cortical.

Los resultados que hemos traído a esta reunión, aunque incompletos aún, guardan bastante correlación, con estos trabajos. Tenemos la impresión que excepto en 3 enfermos, la mayoría de nuestros casos pertenecía a esta fase intermediaria de adicción y en ellos los signos de organicidad cerebral sólo se han puesto de manifiesto a través de ciertos cambios de la personalidad, amnesias de embriaguez acentuadas, pequeñas o moderadas anomalías en el electroencefalograma (45%) y evidencias de atrofia cerebral en más del 50% de un pequeño grupo en quienes se realizaron exámenes radiológicos especiales.

Finalmente es de interés que BENNETT hace hincapié que los registros electroencefalográficos pueden variar en el mismo sujeto y servir como índice de la evolución del alcoholismo. En el estadio agudo, pasado el acmé del cuadro, el registro tendería a normalizarse, lo cual señala el carácter funcional del trastorno; pero si el electroencefalograma no se modifica, o incluso se acentúa el disturbio bioeléctrico, esto indicaría una tendencia a la cronicidad en relación con el establecimiento de una patología cerebral orgánica. Aunque con menos experiencia que el autor, nosotros no estamos de acuerdo con la importancia que quiere dar a la electroencefalografía en el alcoholismo. Somos del parecer que este examen en el terreno práctico ofrece a menudo resultados contrastantes. Hay pacientes que tienen cuadros de alcoholismo con profunda adicción y hasta con ciertos síntomas clínicos de deterioro, que sin embargo tiene EEG normales; en cambio otros, con cuadros moderados ofrecen registros patológicos. Más aún, tenemos en nuestra casuística el caso de atrofia cerebral evidente al examen neuroradiológico y que presentaba un registro eléctrico normal. Se concluye pues, que no todo caso con daño cerebral en el alcoholismo, presenta necesariamente registros anormales y que evidentemente hay otros factores que deben tenerse en cuenta para apreciar mejor este examen, tales como la duración de los períodos de ingestión y de abstinencia, pequeños traumatismos craneoencefálicos que pueden pasar desapercibidos, el grado de disfunción hepática, las modificaciones bioquímicas que pueden ser transitorias, por ejemplo los cambios del magnesio, el tipo de bebida, etc.

Volviendo otra vez al punto principal de discusión, debemos señalar que tanto las anormalidades eléctricas, cuanto las lesiones demostradas radiológicamente parecen ser debidas a la acción continua o repetida del alcohol, y en este sentido opina gran número de autores tales como PIERSON Y KIRCHER, TUMARKIN, SKILLCORN, etc. Otros sin embargo postulan una patología cerebral preexistente al alcoholismo. Por nuestro lado apoyamos el efecto tóxico como factor del daño cerebral y en este sentido es de interés recordar que LEUCH, en 5 pacientes en los que realizó neumoencefalografía seriada pudo demostrar que la lesión se desarrollaba en el lapso de 2 años. Asimismo LYNCH y principalmente COURVILLE en su obra sobre hallazgos neuropatológicos en alcohólicos hacen hincapié de que uno de los efectos más notables provenientes del uso excesivo de alcohol, es la atrofia progresiva de la corteza de los lóbulos frontales. Según el último A. el alcoholismo es la causa más frecuente de atrofia cortical en la 5ta. y 6ta. década de la vida e incluso puede aparecer en los primeros años de la 4ta. década, hecho que ha sido comprobado por TUMARKIN en alcohólicos jóvenes.

Planteadas así las cosas surge la pregunta sobre el significado clínico de estas lesiones. Si bien es cierto que no es difícil correlacionarlas con la patogenia de las psicosis, extender su significado a la etiología misma del alcoholismo es un asunto más cuestionable. Recientemente sin embargo, se ha planteado una hipótesis en el sentido que el daño cerebral adquirido en el curso inicial del proceso produciría posteriormente el típico comportamiento frente al alcohol que tiene el adicto. Ya en 1965, PIERSON y KIRCHER propusieron la idea de que el "deseo

irresistible" podría relacionarse con la atrofia cortical, pero ha sido LEMERE, el que más ha fomentado esta teoría. El cree que la atrofia cortical es el resultado final de una gradual disolución de gran número de células cerebrales y que deben haber cientos de alcohólicos con lesiones incipientes no detectables con los exámenes actuales. LEMERE supone que la injuria cerebral puede explicar el trastorno básico del alcoholismo, es decir la "pérdida de control". Señala que las áreas cerebrales de la zona frontal, es decir las del más alto nivel, serían las más afectadas por el tóxico y conforme progresa la destrucción, el control de la ingestión sería cada vez menor. Como estos cambios serían irreversibles, el alcohólico con pérdida de control jamás podría beber en forma normal.

Concomitantemente habría modificaciones en el metabolismo cerebral, que determinarían que el alcohol llegase a ser necesario para su óptimo funcionamiento, creando su supresión un desequilibrio a nivel celular, objetivable en cambios funcionales.

Queremos dejar para otra ocasión adentrarnos más en esta interesante teoría, por ahora queremos expresar, que según nuestra opinión la lesión cortical guardaría conexión más que con la pérdida de control, con otros síntomas tales como las amnesias de embriaguez, la disminución de la tolerancia, la embriaguez anormal y algunos rasgos adquiridos de la personalidad.

Los modernos estudios sobre la acción del alcohol en el sistema nervioso, que demuestran su acción sobre el ácido gama amino butírico, principal metabolito del sistema nervioso, así como las aminas biogénicas, y el sistema acetil colínico, reguladores bioeléctricos de gran importancia, y de otro lado los avances neurofisiológicos que parecen demostrar que la acción primaria del alcohol no es sobre la corteza como hasta hace poco tiempo se creía, sino sobre el sistema reticular, nos inducen a pensar que quizás la pérdida de control asentaría en una perturbación neurofisiológica orgánica pero a nivel diencefálico. A este respecto asociamos por semejanza, la intensa compulsión de los adictos a beber un tóxico que los destruye, con los experimentos de OLDS y BRADY, de autoestimulación en animales, en los cuales microelectrodos implantados en las inmediaciones del hipotálamo lleva a una electroestimulación compulsiva, para cuya consecución a veces se ven obligados a tolerar estímulos dolorosos.

En mérito a dar sostén a esta hipótesis estamos proyectando una investigación sobre la regulación autonómica en adictos en diferentes etapas.

Para terminar deseamos hacer énfasis en lo siguiente: Si las investigaciones posteriores demuestran en forma concluyente que el daño cerebral en el alcoholismo no muy avanzado es una realidad clínica definitiva, ello tendrá implicaciones profundas no sólo en el ámbito de la terapéutica y rehabilitación del alcoholismo, sino incluso en el campo de salud pública. Numerosos médicos que hasta la fecha sólo recetan al alcohólico una dosis de voluntad, tendrán obligadamente que cambiar de actitud y considerarlo como un enfermo que requiere de su ayuda y conocimientos científicos antes que la lesión cerebral se torne irreversible.

BIBLIOGRAFIA

BARINI O., PEREYRA DA SILVA C.: Atrofias cerebrais en alcóolatras cronicos. Etude pneumoencefalografico. Arch. Neuropsiq. S. Paulo 17:427-430, 1959.

BENNETT M. E., MOWERY G. L. and FORT J.: Brain damage from chronic alcoholism. The diagnosis of intermediate stage of alcoholic brain disease. Am. J. Psychiat. 116: 705-711, 1960.

BONETTI U.: Sulli alterazione elettroencefalografiche negli alcoolisti cronici, prima e durante trattamento con tetraetil-tiuramdisolfuro. Cervello 37:121-136, 1961.

COURVILLE CYRIL B.: Effect of alcohol on the nervous system of man. Los Angeles, San Lucas Press, 1955. Citado por Lemere.

DELAY J., BRION S. ELISSALDE B.: Corps mamillaires et syndrome de Korsakoff; étude anatomo-clinique de huit cas syndrome de Korsakoff d'origene alcoolique sans alteration significative du cortex cérebral. Pre. Med. 66:1849-1852, 1958.

GRAHAM H., NEWMAN H.: Pneumoencephalographische Untersuchugen an Trinkern. Arch. Psychiat. Nervenkr. 203:178-184, 1962. Ref. Quart. J. Stud. Alcoh. Abstracts. Current Literature 25:280, 1964.

HUDOLIN V.: Prevencija alkolizma, lijecenje i rehabilitacija alkolicara. Na osnovu pneumoencefalografske obrade 147 slucajeva Med. Glasn. 15:76 80. Ref. Idem.

ISBELL H., FRASER H. F., WIKLER A., BELLEVILLE R. E. and EISENMAN A. J.: An experimental study of the etiology of "rum fits" and delirium tremens. Quart. J. Stud. Alc. 16:1-33, 1955.

JELLINEK E. M.: The disease concept of Alcoholism. New Haven, Connecticut, Hillhouse Press, 1960.

LAFON R., PAGES P., PASSOUANT R., LABUAGE R. and CADILHAC J.: Findings of pneumoencephalography and electroencephalography in chronic alcoholism. Rev. Neurol. 94:611, 1956. Ref. The Year Book of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 1957-58, Chicago Year Book Publishers, 1958.

LEUCHS K.: Der cerebrale Alkolschander im Pneumoencephalogram Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 148:5, 1958. Ref. Quart. J. Stud. Alc. Abstracts Current Literature, 22:163, 1961.

LEMERE F.: The nature and significance of brain damage from alcoholism. Am. J. Psychiat. 113:361, 1957.

LYNCH M. J. and HILL P.: Brain lesions in chronic alcoholism A.M.A. Arch. Path. 69:342, 1960.

MALLER O., MIHALLESCO N. PARASKIVESCO E., ELIAS S.: Les modifications cerebrales dans l'alcoolisnme chronique. Confin. Neurol. 20:18, 1960.

MENDELSON JACK and Col.: Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholic. Quart. J. Stud. Alc. Supplement No. 2, 1964.

NEWMAN H. W.: The effect of alcohol on the electroencephalogram Stanf. Med. J. 17:55, 1959.

OLDS J.: Self estimulation of the brain. Its use to study local effects of hunger, sex and drugs. Science 127:315, 1958.

PIERSON C. A. and KIRCHER J. P.: La pneumoencephalographie chez l'alcoolique. Rev. Neurol. 90: 673, 1954.

PLUVINAGE R.: Les atrophies cérebrales des alcooliques. Bull. Soc. Med. Hop. París 70:524, 1954.

TURMARKIN B., WILSON J. D. and SNYDER G.: Cerebral atrophy due to alcoholism in young adults. U. S. Arm Forces Med. J. 6:67, 1955.

WICKLER A. PESCOR F., HAVELOCK F. and ISBELL H.: Electroencephalographic changes associated with chronic alcoholic intoxication and the alcohol abstinence sindrome. A. J. Psychiat. 113:106, 1956.

MAGNESEMIA EN ALCOHOLISMO CRONICO

Por MARIA DELFINA BUENO HUGO

Entre las muchas perturbaciones que engendra el alcoholismo crónico, las de carácter nutritivo poseen significado especial, porque se encuentran en el área deficitaria, siendo necesario puntualizar las perturbaciones metabólicas que ofrece el alcoholista, mereciendo destacarse las que se refieren al magnesio sanguíneo.

En el Perú el estudio del magnesio sanguíneo comenzó en 1938, cuando Florencia García Bejarano estudió experimentalmente en conejos el antagonismo farmacológico Calcio Magnesio; enseguida estudió las variaciones de magnesemia por acción de estrógenos, en 1940, Georgina Navarro Caferata, quien comprobó que la hormona folicular aumenta la cantidad de magnesio plasmático; Elsa Castro Flores en 1960 cuantificó magnesio en sujetos aparentemente sanos con la técnica de Briggs y Denis, modificada por J. Furio; Edith Neyra Sejuro en el mismo año determinó magnesemia en recién nacidos, empleando la misma técnica y Nancy Robles Goche, también en 1960, cuantificó magnesio sanguíneo en mujer gestante, utilizando técnica idéntica; en 1961 Odeli I. Olivera Estupiñán cuantificó, por fotocolorimetría, magnesemia en cardiopatías.

Agradezco al Dr. Carlos A. Bambarén, Profesor Emérito de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de Lima (Perú), por sugerirme estudiar el tema y brindarme orientaciones para realizarlo; al Dr. Manuel Almeida, del Dispensario Antialcohólico, de la Clínica Antialcohólica de Bellavista y del "Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán", por haberme permitido obtener muestras de sangre de alcohólicos que concurren al Dispensario, a la Clínica y al Centro de Salud Mental; al Dr. Fermín Rosales, del Instituto de Bioquímica de la Facultad de Medicina de San Fernando, por haberme prestado facilidades para realizar la parte práctica y a la Q. F. Srta. Ada Villanueva, Hemerotecaria de la Facultad de Farmacia, por su cooperación al interpretar con criterio estadístico los resultados.

MAGNESEMIA Y ALCOHOLISMO

El magnesio es ion que integra el bioplasma celular, los líquidos intercelulares, y la sangre, siendo indispensable para las funciones del sistema nervioso.

Pierre Delbet (10) sostiene que el déficit de magnesio en la alimentación altera la textura celular, que acarrea hiper-proliferación que puede convertirse en cancerígena.

Resumen de la tesis para optar el grado de Bachiller en Farmacia, Lima, 1964.

El estudio de la concentración de magnesio sanguíneo, ha dado lugar a numerosas investigaciones en los últimos años, comprobándose que en el plasma sanguíneo se halla en concentración media de 3.5 mg. por 100 ml. (3 mEq/L.) y en los eritrocitos aproximadamente el doble, según refiere Litter (27). Se acepta como requerimiento diario de magnesio 0.25 gr., aunque Hawk, Oser y Sumerson (22) señalan 0.43 gr. para el adulto. Alrededor del 70% del magnesio del organismo se encuentra en los huesos. En los músculos hay más magnesio que calcio.

En la sangre el magnesio existe tanto en el plasma como en los eritrocitos. Las cantidades encontradas varían según las técnicas empleadas. El 20% del magnesio sanguíneo está combinado con los prótidos plasmáticos, según Kolmer (26).

Spinetti Berti (46) refiere que el déficit de magnesio ocasiona trastornos en el metabolismo de los glúcidos, disminuyendo las reservas de glucógeno en hígado y músculos, así como también el metabolismo del calcio, que se deposita en exceso en el miocardio, riñón, vasos, etc.

Según Marenzi (28) y colaboradores el magnesio actúa como cofactor; al formarse exosafosfatos intervienen en la regulación del equilibrio iónico. Ejerce acción importante sobre el sistema nervioso, y el aumento de su concentración en la sangre, produce efecto sedante que puede llegar a la hipnosis. El magnesio, según Pi Suñer (40), interviene en el metabolismo intermediario y es necesario para la actividad de algunos fermentos. Actúa como coenzima, activa las fosfatasas y las peptidasas y las reacciones vinculadas con la Adenosin-trifosfatasa requieren este ion para su actividad máxima. Según Bates (4) y Colowik (7) inhibe la actividad de la adenosin-trifosfatasa, enzima que separa el fosfato del ATP, formando parte de la enzima, según Armitaye (1) y colaboradores.

El magnesio actúa en sinergismo con el calcio, en lo que se refiere a algunas funciones celulares, y la disminución de uno se puede compensar con el aumento del otro; así, cuando avanza la edad, se ha propuesto ingestión de sales de magnesio, con el fin de corregir en lo posible el déficit de este elemento en los tejidos, según refiere Leonidas Corona (6). Se ha demostrado que en la mayoría de los casos de déficit de magnesio, hay déficit de calcio y potasio, describiéndose un síndrome de tetania por déficit de magnesio, semejante al de tetania por hipocalcemia, que se presenta con espasmo carpopedal, signos de Chevosteck y Trosseau positivo, convulsiones, movimientos atetósicos e hiperreflectividad a los estímulos, según Valee (48) y colaboradores.

Según Plante y Bedard (35) se ha comprobado disminución de magnesio en hipoparatiroidismo, glomérulonefritis crónica, epilepsia y alcoholismo crónico.

Usando técnicas de balance metabólico, se ha comprobado que los alcoholistas retienen más magnesio que los pacientes no alcohólicos, usados como control. Esto se ha interpretado como que los pacientes alcohólicos tienen déficit de magnesio.

Perros y ratas alimentados con déficit de magnesio, presentan arritmia, exageradas respuestas a estímulos externos, espasmos y convulsiones.

En el hombre el déficit de magnesio se asocia con temblores en las extremidades, movimientos atetósicos y coreiformes, convulsiones y reducción del campo de la conciencia, que puede llegar al delirio y a la muerte.

Los alcohólicos crónicos ostentan generalmente déficit nutritivo, porque no ingieren alimentos en cantidad suficiente, excepto alcohol, agua y carbohidratos, según Resenthy (37) y colaboradores. Estudiando en estos enfermos el balance metabólico, investigaron, primero, la concentración del magnesio, en siete no alcohólicos, hospitalizados por úlcera péptica, de éstos, cinco ingerían en su alimentación, leche, crema y alimentos suplementarios, como tostatas y huevos; se les estudió durante 4 a 8 días y la magnesemia varió de 87.9 a 154 mEq/L y media de 113.9 mEq/L. La excreción fecal fue siempre constante, variando entre 59 a 82 mEq/L.

Dos hombres recibieron alimentación similar y además sulfato de magnesio por vía intramuscular, en la cantidad de 8 a 16 mEq/L. por día, durante 6 días. La magnesemia de estos pacientes fue de 123 a 161 mEq/L. La eliminación urinaria aumentó en los que recibieron inyección de magnesio y llegó a 181.8 mEq/L.

Seis alcohólicos crónicos recibieron la misma alimentación durante 6 a 10 días y tuvieron magnesemia de 208 mEq/L. La magnesemia varió de +39 a +151 mEq/L.

Cinco alcohólicos crónicos recibieron la misma alimentación e inyecciones de magnesio y ofrecieron magnesemia de 97 a 350 mEq/L. La experimentación duró 6 días, excepto para uno que fue de 8 días y aumentó de 16 a 43 mEq/L. por día.

Estas investigaciones probaron que los alcohólicos retenían considerablemente más magnesio que los de control, almacenando más magnesio, porque habían agotado sus reservas. Comprobaron, también, que no hay variaciones cuantitativas pequeñas en la magnesemia después que se encontró balance positivo de magnesio.

Estos investigadores refieren que los alcohólicos ofrecen balance positivo de nitrógeno, después de administrar magnesio por vía parenteral y aún antes, en comparación con pacientes hospitalizados para el control (208 mEq/L. comparados a 113 mEq/L.).

El déficit de magnesio en los alcohólicos, es semejante al que presentan pacientes con diarreas. vómitos desnutrición y en los que reciben cantidades insuficientes de alimentos por vía oral.

E. Flink (13) comprobó en 1954, en casos de delirium tremens con cirrosis hepática, que el magnesio se hallaba disminuído a 1.45, 1.47, 1.00 y 1.3 mEq/L.

E. Flink (12) en 1957 encontró cifra normal de magnesio, 2.27 mEq/L + 0.26, en aparentemente sanos, utilizando el amarillo de titanio y en cirrosis hepática con ictericia y alcoholismo crónico, el magnesio sérico estuvo disminuído.

En 1958, W. Wacker y B. Valle (49) estudiaron treinticinco alcohólicos, algunos con cirrosis hepática y encontraron que las concnetraciones de magnesio fueron entre 1.3 a 1.94 mEq/L.

Michon y Larcan (31) utilizando el amarillo de titanio cuantificaron magnesio sérico en sesentinueve cirróticos, a los que agruparon de acuerdo a la excitabilidad neuromuscular y trastornos psíquicos, hallando cifras normales, inferiores y superiores, sin explicar los motivos de estas variaciones cuantitativas.

En 1959, O. M. Jankelsen (23) y colaboradores, estudiaron la concentración de magnesio en el suero sanguíneo de personas con arterioesclerosis y alcoholismo y comprobaron correlación entre la concentración de colesterol y lipoproteínas.

En el mismo año Helen Eastman (14) y colaboradores comprobaron que en el alcoholismo crónico hay hipomagnesemia. Posteriormente, W. O. Smith y J. F. Hammarsten (47) estudiaron la concentración de magnesio en suero y eritrocitos en trece adultos sanos, doce pacientes con delirium tremens y doce con uremia y depresión del sistema nervioso central, comprobando hipermagnesemia en todos los casos de uremia.

S. S. Raphael y P. D. Spane (38) en 1959, investigaron en el suero sanguíneo magnesio y corticosteroides, en el alcoholismo crónico.

En 1960 estudiaron el balance de magnesio en alcoholismo crónico, en once sujetos alcohólicos y diez abstemios, Robert J. Mc Collister (8) y colab. y hallaron hpiomagnesemia en los alcohólicos; en 1962 Helen Eastman y Baues (15) estudiaron magnesemia en los alcohólicos crónicos y en cirróticos, encontrando déficit de magnesio sanguíneo.

Estas referencias probarían que el estudio del magnesio sanguíneo en los alcohólicos ha concitado el interés de los investigadores, pero como aún no ha preocupado en el Perú, las comprobaciones que he efectuado y que relato enseguida, ofrecen interés.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Cuantifiqué magnesemia en cuarentidós alcohólicos crónicos, de los cuales, unos concurrían al Dispensario Antialcohólico, otros se asistían en la Clínica Antialcohólica de Bellavista y en el "Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán", de Lima (Perú), siguiendo la técnica de Neill y Neely (34).

Se puntualizó en cada sujeto, el tiempo que ingiere alcohol, edad y diagnóstico, para vincular estos datos, con las cifras de magnesemia que encontré.

Para poseer cifras con qué comparar las que obtuve en alcohólicos crónicos, cuantifiqué magnesemia en veintidós sujetos aparentemente sanos.

Los resultados que obtuve, van a continuación:

	Media ± E.st	Desv.st. ± E.st.	Coef. Var.	Cifras extremas
Magnesemia en aparentemente sanos	2.30 ± 0.06	0.28 ± 0.42	12.223%	1.9–2.9
Magesemia en alcoholismo crónico	1.81 ± 0.083	0.53 ± 0.061	29.134%	0.8–2.7

La comparación de las cifras medias de magnesemia de sujetos aparentemente sanos y de alcohólicos crónicos, proporcionó los coeficientes que siguen:

Magnesemia	Nº casos	Media ± E.st	Dif. ± E.st.	T	P	Porcentaje diferencia
Aparentemente sanos	22	2.30±0.06				
			0.48±0.102	4.729	−0.001	26.50
Alcohólicos	42	1.81±0.083				

Esta diferencia es muy significativa, desde que su probabilidad de error está en menos de 0.001, indicando que la hipomagnesemia es consecuencia del uso de las bebidas alcohólicas.

La hipomagnesemia comprobada, se podría explicar por déficit alimenticio del alcohólico, por consumo de magnesio para equilibrar el metabolismo que se altera por el uso de bebidas alcohólicas o porque el alcohol exige magnesio para metabolizarse y transformarse en sustancia química inocua.

RESUMEN

1.—Cuantifiqué magnesemia en cuarentidós alcohólicos crónicos que concurren al Dispensario Antialcohólico, que se asisten en la Clínica Antialcohólica de Bellavista y en el "Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán", de Lima (Perú), siguiendo la técnica de Neill y Neely, y a veintidós sujetos aparentemente sanos, observando disminución del magnesio sanguíneo en los alcohólicos.

2.—La cifra media estadística de magnesemia en sujetos aparentemente sanos fue de 2.30 ± 0.06, con desviación standard de 0.28 ± 0.42, coeficiente de variación 12.233 mg. % y cifras extremas 1.9 — 2.9 mg. %.

3.—La cifra media estadística de magnesemia en alcoholismo crónico fue de 1.81 ± 0.083, con desviación standard de 0.53 ± 0.61, coeficiente de variación 29.134 mg. % y cifras extremas de 0.8 — 2.7 mg. %.

4.—Comparando las cifras medias de magnesemia de los alcohólicos crónicos con las cifras de sujetos aparentemente sanos, hallé diferencia de 0.48 ± 0.102 y porcentaje de diferencia de 26.50% con valor significativo ($P<0.001$).

BIBLIOGRAFIA

1.—ARMITAGE A. K., BURN J. H. and CUNNING A. J.—Ventricular fibrillation and ion transport.— Adenesine triphosphato and magnesium.— Circulation.— 5:102, 1957.

2.—ALOISE LUIS.—Tratado de Fisiología.— Buenos Aires 1954.

3.—BARNES B.—Magnesium conservation in the human being on a lev magnesium diet.— J. Clin. Invest.— 37:430, 1958.

4.—BATES M. W.—Magnesium deficiency.— Jour. Clin. Nutrition.— 7:243, 1959.

5.—BRAVO SOTO GLADYS.—Magnesemia en Hepatopatías.— Tesis de Bachiller en Farmacia y Bioquímica.— Lima, 1961.

6.—CORONA T. LEONIDAS.—Química normal y patológica de la sangre.— 1409.— Santiago de Chile, 1948.

7.—COLOWICK S. P.—Methods in enzymology.— 2:598.—New York, 1954.

8.—COLLISTER R., EDMUND J. MC. GLING B. and RICHARD P.—Magnesium balance in chronic alcoholism.— J. Lab. Clin. Med.— 55:98, 1960.

9.—CASTRO FLORES ELSA.—Magnesemia en sujetos aparentemente sanos.— Tesis de Bachiller de Farmacia y Bioquímica.— Lima, 1960.

10.—DELBET P.—Bulletin de l'Academie de Medecine.— 1930.

11.—ESTUPIÑAN OLIVERA ODELI.—Cuantificación fotocolorimétrica de Magnesemia en Cardiopatías.— Tesis de Bachiller de Farmacia y Bioquímica.— 1961.

12.—FLINK E.—Evidentes for clinical magnesium deficiency.— Ann. Inter, Med.— 47:956, 1957.

13.—FLINK E.—J. Lab. Clin. Med.— 43:169, 1954.

14.—EASTMAN HELEN M., MC CUSKEY CHARLES and TUPIKOVA NATALIA.— Electrolyte disturbance in acute alcoholism with particular reference to magnesium.— Am. J. Clin. Nutrition.— 7:191, 1959.

15.—EASTMAN HELEN and FRANK K. BAUES.—Mg - 28 studies in the cirrhotic and alcoholic.— Proc. Roy. Soc. Med.— 55:912, 1962.

16.—EASTMAN N. and WERTMAN M.— Clinical studies of magnesium metabolism.— Med. Clin. North. Amer.— 36: 1157.—New York, 1952.

17.—GREENMERG M. and TUFTS E.—The biochemistry of magnesium deficiency.—J. Biol. Chem.— 122:693, 1938.

18.—GREEMBER M. TUFTS E.—The effect of magnesium deprivation en renal funtions.— Am. J. Physiol.— 121:424, 1958.

19.—HAURY V.—Variations of serum magnesium in 52 normal and 440 pathologie patients.— J. Lab. Clin. Med.— 27:616, 1941.

20.—GRANICHER D.—The influence of magnesium and calcium pyrophosphate kelates of free mg ions, free calcium ions, and free pyrophophate ions on the dissociation of activity myosin in solution.— Bioch. Biophy. Acta.— 86:567, 1964.

21.—GARCIA BEJARANO FLORENCIO.—Antagonismo farmacológico Calcio-Magnesio.— La Crón. Méd.— 62:161, 1945.

22.—HAWK P. B., OSER, B.L. y SUMERSON W.H.— Química fisiológica práctica.— 946.— México D.F., 1949.

23.—JANKELSON O. M., VITALE J. J. and HEGS TED D. M.— Am. J. Clin, Nutrition.— 7:23, 1959.

24.—KRUSE H. O.—Studies of magnesium deficiency in animals.— J. Biol. Chem.— 96:519, 1932.

25.—KRUSE H. O.—Chemical changes in the blood following magnesium deprivation.— J. Biol. Chem.— 100:603, 1933.

26.—KOLMER J.—Interpretación Clínica de los análisis de sangre.— 147.— La Habana, 1957.

27.—LITTER MANUEL.—Tratado de Farmacología.— 739.—Buenos Aires, 1960.

28.—MARENZI A. D., CARDINI E., BANFI R. F. y VILLALONGA F.A.S.—Bioquímica analítica cuantitativa.— 747, 758.— Buenos Aires, 1947.

29.—MARTIN H.E.—Electrolyte problens in the surgical patient with particular reference to serum Ca. Mg.— Am. J. Med.— 8:529, 1950.

30.—MARTIN H. E.—Clinical studies of magnesium metabolism.— M. Clin. North America.— 1157.— New York, 1952.

31.—MICHON J. et LARGAN A.—Interet du dosaje de ion Mg in pathologie interne.— La notion de dysmagnesemie.— Rev. Med. de Nancy.— 83:273, 1959.

32.—NEIRA EDITH.—Magnesemia en recién nacidos.— Tesis de Bachiller de Farmacia y Bioquímica.— Lima, 1960.

33.—NAVARRO CAFERATA GEORGINA.—Influencia de la hormona folicular sobre el Magnesio del suero sanguíneo.— La Crón. Méd.— 62:226, 1945.

34.—NEIL D. W. and NEELY R. A.—The estimation of magnesium in serun using titan yellow.— J. Olin. Path.— 9:162, 1956.

35.—PLANTE N. et BEDARD D.—Le sulfate de Mg dans le traitment des états d'intoxication alcoholique.— Laval Med.— 29:160, 1960.

36.—PRADHAN R. K.—Serum Mg level in health and Kidney diseases.— J. Indian Med. Ass.— 43:275, 1964.

37.—REGENTHY R. J., Mc COLLISTER E. B. FLINK.—J. Lab. Med.—55:98, 1960.

38.—RAPHAEL S. S., SPANE P. D., MELLOR L. D., LYNCH M. J. G.—The Lancet.— 2:355, 1959.

39.—ROBLES GOCHE NANCY.—Magnesemia en mujer gestante.— Tesis de Bachiller en Farmacia y Bioquímica.— Lima, 1960.

40.—SUÑER PI S.—Bioquímica.— 558.— Barcelona, 1958.

41.—SOTO MARIO.—El problema del alcoholismo en el Perú.— Tesis de Bachiller en Medicina.— Lima, 1952.

42.—SOTO R.—Contribución al estudio de la excreción renal de magnesio. Aplicación del método modificado para la determinación del magnesio en líquidos biológicos.— Anales de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de Chile.— 9:28. — Santiago de Chile, 1957.

43.—SOTO MARIO.—Farmacología y Terapéutica.— Buenos Aires, 1956.

44.—SILVERMAN S.—Ultrafiltration estudies en serum magnesium.— The New England. J. Med.— 250:22, 1950.

45.—STEVENS R. and WOLFF H.— Magnesium intoxication.— Arch. Neurol. Psych.— 63:749, 1950.

46.—SPINETTI W. and VALLE B.—Mg metabolic of man.— The New England J. Med.— 259:431, 1958.

47.—SMITH W. O. and HAMMARSTEIN J. F.—Intracellular Mg in delirium tremens and uremia.—Am. J. Med. Sci.— 237:413, 1959.

48.—VALLE B. L., WACKER W. E. C. and ULMER D.—The Mg deficiency sindrome in man.— The New England. J. Med.— 262:155, 1960.

49.—WACKER W. and VALLE B.— Mg metabolism of man.— The New England. J. Med.— 259:431, 1958.

50.—WALKER B.—Normal Mg. Betabolism.— J. Lab. and Clni. Med.— 21:814, 1936.

51.—WINIKE M. B.—Variations du taux de Mag. en pathologie.— La Rev. Lyonn. de Med.— 8:113. 1959.

PRIMERAS CONSULTAS Y PRIMEROS INGRESOS EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

Por CARLOS BAMBAREN VIGIL *

Como es sabido, se considera que las tasas anuales de primeras consultas y primeros ingresos a los hospitales psiquiátricos, pueden servir para calcular la incidencia de trastornos mentales en la población general. A pesar de que actualmente se reconoce que esta información tiene limitaciones debido a una serie de factores que influyen en el número de personas que consultan o son hospitalizadas por primera vez en un lapso determinado (existencia de instituciones asistenciales en una localidad, disponibilidad de camas, existencia de otros recursos para diagnóstico y tratamiento, actitudes del público frente a la enfermedad y a la hospitalización), continúan siendo de los mejores datos para estudios epidemiológicos, los que a su vez constituyen la base para planificar el establecimiento de servicios asistenciales. Por tanto cualquier estimación errónea puede conducir a cálculos equivocados en cuanto a la incidencia de trastornos mentales y los recursos asistenciales que son necesarios. Este asunto cobra mayor importancia en países como el nuestro, cuya economía limitada, obliga a planear cuidadosamente cualquier programa asistencial que demande fuertes inversiones para evitar que en lugar de resolver el problema pueda crearse otro más grave cual es el de su mantenimiento costoso.

Esta comunicación preliminar está basada en la información estadística correspondiente a un año de labores en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán", que es uno de los dos hospitales psiquiátricos que existen en el país. Este nosocomio fue inaugurado en setiembre de 1961, 43 años después de la apertura del Hospital "Víctor Larco Herrera", que hasta esa fecha había hecho frente a las necesidades asistenciales psiquiátricas de todo el país, descontando la labor cumplida por los pocos servicios psiquiátricos en algunos de los hospitales generales de la República y las clínicas privadas, en su mayoría ubicadas en Lima. Esta situación por tanto tiempo mantenida, dio lugar a que el hospital "Víctor Larco Herrera" resultara sobrepoblado y que desde el año 1948 prácticamente hubiera suspendido el ingreso de pacientes indigentes. Consecuentemente, la apertura de un nuevo hospital público significó desde el comienzo de sus actividades, una oportunidad largamente esperada por innumerables pacientes para ser hospitalizados, y al mismo tiempo atrajo un volumen grande de personas a consulta,

(*) Médico Jefe de Servicio, Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán", Lima, Perú.

el cual se mantiene uniforme a lo largo de los tres años de funcionamiento. Por estas razones, pensamos que los datos estadísticos que presentamos tienen importancia como fuente de cálculo acerca de la incidencia de los trastornos mentales en el país.

El Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" cuenta con instalaciones para atender 412 pacientes hospitalizados, existiendo además una Unidad de "hospital de día" y es posible atender a pacientes en el régimen de "hospital de noche". La consulta externa se realiza tres veces por semana a cargo de los psiquiatras Jefes de Servicio (8) y los Residentes del programa de adiestramiento (9), todos los cuales tienen a su vez la responsabilidad del tratamiento de los pacientes internados, que son asignados rotativamente. Las "emergencias" psiquiátricas son atendidas en cualquier momento, y también se realiza atenciones domiciliarias cuando el caso lo requiere. De manera informal el hospital ha extendido su acción a las comunidades vecinas y sus médicos realizan interconsultas en varios hospitales de Lima que no tienen servicio de psiquiatría.

La asistencia de los pacientes internados está orientada sobre la base del sistema de "comunidad terapéutica" y para la admisión prima el criterio clínico, dándose preferencia a los casos agudos y a los pacientes recuperables, tratando en todo momento que las estancias sean cortas, a fin de permitir la atención del mayor número de pacientes anualmente. El hospital se encuentra situado en el Km. 6 de la Carretera Central, (a 10 minutos del centro de la ciudad de Lima) en una zona rural de fácil acceso. Siendo una dependencia del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se establece contacto a través de las Areas de Salud con los pacientes de los restantes Departamentos del Perú, así como por medio de distintas instituciones de servicio público y privado con las cuales el hospital mantiene relaciones tratando de integrar los recursos asistenciales al máximo.

MATERIAL Y METODO

Para el presente estudio hemos revisado las historias clínicas de los pacientes que consultaron por primera vez durante un año (setiembre de 1963 a agosto de 1964). De cada una de ellas se extrajo información referente a: edad, sexo, lugar de procedencia, persona que solicitaba la atención, tiempo de enfermedad declarado en el momento de consultar, diagnóstico formulado en la primera consulta y si fue hospitalizado. Para los efectos de nuestra investigación en particular se consignó el dato de atenciones u hospitalizaciones previas en otros centros asistenciales. (*).

En primer lugar expondremos los datos tabulados de toda la información mencionada y luego formularemos algunas reflexiones acerca del valor relativo de las llamadas primeras consultas y primeros ingresos, para estimaciones epidemiológicas, en base de los hallazgos verificados. No hemos realizado el análisis estadístico de las diversas variables estudiadas, dejando esto para otra in-

(*) Agradecemos la colaboración del Sr. Rolando Marcial A., Jefe del Servicio de Estadística del Hospital, en la recopilación de la información.

vestigación con una causística mayor y que abarque varios años, con el fin de poder realizar comparaciones que permitar inferir significados.

HALLAZGOS

PRIMERAS CONSULTAS

a) Edad y sexo. En el año comprendido entre setiembre de 1963 y agosto de 1964, consultaron por primera vez, 1,105 personas. De ellas 570 fueron hombres y 535 mujeres. Las edades extremas fueron 2 y 84 años, pudiéndose apreciar la distribución de la población estudiada en el cuadro Nº 1.

Cuadro Nº 1

PRIMERAS CONSULTAS ATENDIENDO A LA EDAD Y EL SEXO

Edad (en años)	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*
1—5	5	2	7
6—10	14	7	21
11—15	47	47	94
16—20	107	96	203
21—25	90	85	175
26—30	80	79	159
31—35	54	63	117
36—40	53	43	96
41—45	34	21	55
46—50	25	28	53
51—55	18	26	44
56—60	13	9	22
61—65	11	8	19
66—70	8	4	12
71—75	1	1	2
76—80	2	6	8
81—85	2	—	2
Sin datos	6	10	16
Total	570	535	1105

b) Procedencia. Para estudiar este dato hemos considerado una primera división entre las personas procedentes de la Gran Lima y aquellas que venían de los diferentes Departamentos del Perú. Resulta así que de Lima (incluyendo el Callao) son 968 y de los restantes lugares del país son 132. En el cuadro Nº 2 se han agrupado a las personas procedentes de la Gran Lima, considerando los Distritos o Barrios más importantes, las llamadas "barriadas marginales" y la Provincia Constitucional del Callao. La denominación de "zonas rurales" se refiere a aquéllas especialmente cercanas al hospital. En 5 casos no se consignó la procedencia.

Cuadro Nº 2

PRIMERAS CONSULTAS

DISTRIBUCION SEGUN LA PROCEDENCIA EN LA GRAN LIMA

Cercado de Lima	310	Comas	11
La Victoria	71	Surco	8
Rímac	60	Mirones	8
Lince	34	San Miguel	7
Miraflores	32	Santa Beatriz	3
Barranco	30	Ciudad y Campo	3
Pueblo Libre	30	La Florida	2
El Porvenir	27	Atocongo	2
Surquillo	26	Chacra Ríos	1
San Martín de Porras	24	Canto Grande	1
Breña	23	San Felipe	1
Chacra Colorada	21	Orrantia	1
Magdalena Nueva	20	Barriadas	39
Chorrillos	16	Zonas Rurales	46
Jesús María	16	Callao	81
San Isidro	14		
		TOTAL	968

El cuadro Nº 3 muestra la distribución por Departamentos según la procedencia de los pacientes, debiéndose señalar que se incluye Lima pero sólo refiriéndose a las provincias que comprende este departamento excluyendo la capital.

Cuadro Nº 3

PRIMERAS CONSULTAS

DISTRIBUCION SEGUN LA PROCEDENCIA DE LOS DEPARTAMENTOS DEL PERU

Amazonas	3	Lima	64
Ancash	5	Lambayeque	7
Apurímac	1	Loreto	—
Arequipa	5	Madre de Dios	—
Ayacucho	4	Moquegua	2
Cajamarca	4	Pasco	—
Cuzco	4	Piura	9
Huancavelica	—	Puno	—
Huánuco	1	San Martín	4
Ica	10	Tacna	—
Junín	4	Tumbes	—
La Libertad	5		
		TOTAL	132

c) Persona que solicitó la atención. Hemos agrupado a la población teniendo en cuenta la persona o entidad que solicitó la consulta para el paciente. El rubro "familiar" incluye a los parientes cercanos (padres, hermanos, hijos, tíos, primos). El término "voluntario" se refiere a los casos que el mismo enfermo acudió espontáneamente y muchas veces solo. En los restantes casos es conveniente señalar que además de la persona o institución que condujo al paciente al hospital, muchas veces estuvo presente además algún familiar. (Cuadro Nº 4)

Cuadro Nº 4

PRIMERAS CONSULTAS SEGUN SOLICITUD DE ATENCION

Familia	816	Areas de Salud	13
Voluntario	104	Religiosos	11
Hospitales	49	Otros	9
Amigos y compadres	27	Junta Asistencia Nac.	5
Policía	23	Tribunal	1
Servicio Social	17	Sin datos	14
Patrones	16		
		TOTAL	1105

d) Tiempo de enfermedad declarado.. Este dato conviene considerarlo con reserva, pues el porcentaje de historias en el cual no se consigna es elevado (15.4%), y por otro lado hemos podido comprobar en la práctica que a veces los familiares sólo se refieren al tiempo del último episodio o tratan de disminuir la antigüedad de la enfermedad, temiendo que ello pueda ser un obstáculo para la admisión cuando la solicitan. De todos modos es interesante observar en el Cuadro Nº 5 cómo los casos hasta de un año de enfermedad representan el 39.1% del total, y los de más de un año el 45.5% siendo las cifras extremas 1 día y 44 años.

Cuadro Nº 5

TIEMPO DE ENFERMEDAD DECLARADO EN LA PRIMERA CONSULTA

	Pacientes	%
Menos de 1 mes	158	14.3
2—6 meses	144	13.0
7—12 meses	131	11.8
13—24 meses	97	8.7
25—60 meses	150	13.5
6—10 años	134	12.1
11—20 años	100	9.0
Más de 20 años	24	2.2
Sin datos	167	15.4
	1105	100.0

Cuadro Nº 6

DIAGNOSTICO INICIAL FORMULADO EN LA PRIMERA CONSULTA

Síndromes cerebrales agudos (39)	
Asociado a meningitis	1
TBC	3
Neoplasia	1
Anemia	1
Post-partum	2
Anoxia	1
Infección	1
Hipertensión	1
Penicilina	1
Alcohol	16
Sin especificar	11
Con psicosis (2)	
Síndromes cerebrales crónicos (202)	
Asociado a	
Disturbio convulsivo	136
TEC	10
Arterioesclerosis	7
Senilidad	11
Trauma perinatal	2
Deficiencia mental	11
Microcefalia	1
Alcohol	2
Lúes S.N.C.	1
Meningo encefalitis	2
Neoplasia	1
Sin especificar	18
Con psicosis (12)	
Deficiencia mental (32)	
Desórdenes psicóticos (439)	
Reacción maníaco depresiva	26
R. esquizofrénica tipo simple	5
Hebefrénico	2
Catatónico	27
Paranoide	231
Agudo Indiferenciado	20
Crónico Indiferenciado	31
Esquizo afectiva	1
Residual	2
Pseudo-neurótico	5
Injertada	3
No especificadas	32
Reacciones paranoides	27
Otras no especificadas	28
Desórdenes psicofisiológicos (24)	
Desórdenes Psiconeuróticos (219)	
Reacción de angustia	46
Disociación	12
Conversión	19
Fóbica	2
Obsesivo-compulsiva	11
Depresiva	92
Hipocondríaca	2
Sin especificar	35
Desórdenes de la personalidad (78)	
Trast. de los rasgos de person.	2
Trast. sociopáticos	2
Desviación sexual	4
Adicción a drogas	3
Alcoholismo	64
Trast. del lenguaje	1
Otros	2
Desórdenes situacionales (26)	
R. situacional del adulto	5
Trastorno de conducta	16
R. de ajuste adolescencia	5
Miscelánea (46)	
Diagnóstico no indicado	28
Observacion	9
Sin enfermedad mental	1
Trastornos somáticos	8
TOTAL GENERAL	1105

e) Diagnósico inicial. Hemos agrupado los diferentes diagnósticos de acuerdo con la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, que es la que se utiliza en el hospital. (Cuadro Nº 6). El diagnóstico más frecuente resultó el de psicosis que representa el 39.7%, correspondiendo a las Reacciones esquizofrénicas el 32.4%; los Sindromes cerebrales (agudos y crónicos) constituyen el 21.8% de los diagnósticos, correspondiendo a la Epilepsia el 12.3%; siguen en orden de frecuencia las Neurosis con 19.8%; y luego los restantes rubros diagnósticos con menos de 10% para cada uno. El alcoholismo en todas sus formas (incluyendo psicosis) representa el 7.4% de los casos en general.

PRIMEROS INGRESOS

a) Edad y sexo. De los 1105 pacientes nuevos que consultaron, fueron admitidos por primera vez en el hospital 379. De ellos son 201 varones y 178 mujeres. Ingresaron a hospitalización total 358 pacientes y 21 al "hospital de día". La distribución según las edades se puede apreciar en el Cuadro Nº 7, siendo importante señalar que la edad mínima para ingresar según el reglamento del hospital es 15 años, y se limita al máximo el ingreso de ancianos.

Cuadro Nº 7

PRIMEROS INGRESOS ATENDIENDO A LA EDAD Y EL SEXO

Edad (en años)	*Hombres*	*Mujeres*	*Total*
11—15	2	5	7
16—20	37	32	69
21—25	39	34	73
26—30	42	22	64
31—35	28	28	56
36—40	17	14	31
41—45	14	13	27
46—50	9	9	18
51—55	5	10	15
56—60	2	3	5
61—65	1	3	4
66—70	3	—	3
71—75	—	—	—
76—80	—	1	1
81—85	1	—	1
Sin datos	1	4	5
Total	201	178	379
Hospitalización total	182	176	358
Hospital de Día	19	2	21

b) Procedencia. La proporción de hospitalizados procedentes de la Gran Lima (86.7%) y la de los provincianos (13%) es prácticamente igual a la observada en la primera consulta, conforme se ve en el Cuadro Nº 8. La distribución de los pacientes admitidos procedentes de provincias está consignada en el Cuadro Nº 9.

Cuadro Nº 8

PROCEDENCIA DE LOS PRIMEROS INGRESOS

	Pacientes	%
Barrios de Lima	291	76.9
Barriadas	6	1.5
Zonas rurales	9	2.3
Callao	23	6.0
Departamentos	49	13.0
Sin datos	1	0.3
TOTAL	379	100.0

Cuadro Nº 9

PRIMEROS INGRESOS PROCEDENTES DE DEPARTAMENTOS

Amazonas	2
Ancash	3
Arequipa	3
Ayacucho	1
Cajamarca	2
Cuzco	2
Huánuco	1
Ica	3
Junín	3
La Libertad	1
Lambayeque	5
Lima	15
Moquegua	1
Piura	4
San Martín	3
TOTAL	49

c) Tiempo de enfermedad. Según observamos en el cuadro Nº 10 el 43.8% de las admisiones correspondieron a pacientes que declararon estar enfermos menos de un año. El resto de los primeros ingresos se distribuye entre los pacientes que tenían de 13 meses a 44 años de enfermedad.

Cuadro Nº 10

TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

	Pacientes	%
Menos de 1 mes	69	18.2
2—6 meses	57	15.0
7—12 meses	40	10.6
13—24 meses	37	9.8
25—60 meses	58	15.3
6—10 años	38	10.0
11—20 años	20	5.3
Más de 20 años	6	1.5
Sin datos	54	14.3
	379	100.0

La tendencia a hospitalizar preferentemente los casos agudos se observa en el cuadro Nº 11, donde presentamos la proporción de primeros ingresos según el tiempo de enfermedad.

Cuadro Nº 11

PROPORCION DE HOSPITALIZACION SEGUN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD

	Consultaron	*Hospitalizados*	%
Menos de 1 mes	158	69	43.6
2—6 meses	144	57	39.5
7—12 meses	131	40	30.0
13—24 meses	97	37	38.1
25—60 meses	150	58	38.6
6—10 años	134	38	28.3
11—20 años	100	20	20.0
Más de 20 años	24	6	25.0
Sin datos	167	54	32.3
TOTAL	1105	379	34.2

d) Diagnóstico. Las admisiones más frecuentes fueron por trastornos psicóticos debiendo señalarse que los casos de Sindromes orgánicos se admitían especialmente cuando existía una Reacción psicótica asociada (Epilepsia por ejemplo). Según este criterio el 74% de los primeros ingresos comprendía pacientes con psicosis, mientras el 13% correspondía a las reurosis y el 7% a pacientes alcohólicos, un tercio de los cuales presentaba reacciones psicóticas. En el Cuadro Nº 12 presentamos en forma resumida estos datos, debiendo enten-

derse que el rubro de desórdenes de la personalidad está representado casi en su totalidad por los adictos alcohólicos, pues según la política del hospital se evita el ingreso de psicópatas. Es interesante que por la misma razón no figure ningún caso de deficiencia mental.

Cuadro Nº 12

PRIMEROS INGRESOS SEGUN DIAGNOSTICO

Diagnóstico	*Admisiones*
Sindrome cerebral agudo	20
Sindrome cerebral crónico	37
Reacciones psicóticas	246
Reacciones psiconeuróticas	49
Desórdenes de la personalidad	23
Desórdenes situacionales	1
Observación	2
Diagnóstico no indicado	1
TOTAL	379

CORRECCION DE LAS TASAS DE PRIMERAS CONSULTAS Y PRIMEROS INGRESOS

Hemos visto que en el lapso de un año consultaron por primera vez en el Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" 1,105 personas, y que de ellas fueron hospitalizadas, también por primera vez, 379. Revisando los datos consignados en la primera consulta, encontramos sin embargo, el antecedente de consulta psiquiátrica tanto en hospitales cuanto en la práctica privada en 284 casos, lo cual significa que el 25.6% de los pacientes había recibido atención especializada en alguna forma antes de ser vistos por nosotros; y se especificaba hospitalización previa en otros nosocomios en 156 de ellos, o sea el 14.1% de los casos.

De los 329 pacientes admitidos por primera vez, 79 ya lo habían sido por lo menos en una oportunidad en otros hospitales, es decir, que el 20.8% de los llamados primeros ingresos no lo eran en sentido estricto, pudiendo agregarse a este hallazgo la probabilidad de que este guarismo sea mayor, debido a que no existiendo un esquema uniforme para la toma de la información clínica, algunos médicos hayan omitido inquirir sobre este dato, como también las personas pueden ocultar el antecedente de hospitalización en otra institución por temor a que ello pueda ser un obstáculo para el ingreso, según hemos señalado anteriormente.

Otro dato que abona a favor de la sospecha mencionada es el referente al tiempo de enfermedad de los pacientes que acudieron al hospital por primera vez. Así. de los 1,105, sólo 158 declararon que sus trastornos se habían iniciado dentro

de los treinta días anteriores; 275 indicaron sentirse enfermos entre un mes y un año; mientras que 505 lo estaban más de un año con una antigüedad extrema de 44 años. De esta forma el 45.5% de las primeras consultas corresponde a pacientes con enfermedades de larga evolución, que sin duda van deambulando de consultorio en consultorio y de hospital en hospital, abultando cada año las cifras de las primeras consultas y primeros ingresos en las estadísticas de los organismos gubernamentales.

Teniendo en cuenta que nuèstro hospital no es el único nosocomio donde se admite pacientes mentales, sería interesante que en cada uno de ellos se realizara una investigación similar para averiguar si el fenómeno que estamos señalando se repite y en qué magnitud. Si así fuera, ello obligaría a una corrección de las estadísticas nacionales, con la consiguiente variación de la tasa de primeros ingresos, lo que a su vez modificaría las estimaciones epidemiológicas y permitiría cálculos realistas acerca de las necesidades asistenciales sin caer en exageraciones que demanden inversiones costosas.

RESUMEN

Se estudia las primeras consultas y los primeros ingresos durante un año en un hospital psiquiátrico públco clasificándolas de acuerdo con diferentes variables. Teniendo en cuenta el valor que esta información tiene para estudios epidemiológicos se formulan algunas observaciones acerca de la necesidad de introducir modificaciones en los sistemas estadísticos actuales para evitar estimaciones erróneas en cuanto a los índices de morbilidad y las necesidades asistenciales.

BIBLIOGRAFIA

Friedman, Ira y col.: Sistematic underestimation in reported mental hospital readmission rates, Am. J. Psychiat., *121:* 148-152, 1964.

Kramer, M.: Collection and utilization of Statistical data from psychiatric facilities in the United States of America, Bull. Org. monf. Santé, *29:* 491-510, 1963.

Querol, M. y Mariátegui, J.: Un aspecto de la asistencia psiquiátrica en el Perú, Aev. Neuropsiq., *25:* 51-68, 1962.

Saavedra, A. y col.: Distribución de la morbilidad psiquiátrica en un consultorio externo del Hospital Larco Herrera, Rev. Neuropsiq., *24:* 341-356, 1961.

PRIMERA REUNION ANUAL DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

Por JOSE SANCHEZ GARCIA

Con los auspicios de la Clínica San Isidro y de los Laboratorios Rousell y Unidos S. A., los días 11 y 12 de agosto de 1962 se efectuó la Primera Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Peruana. Cristalizó en esta forma una idea y un anhelo del doctor Baltazar Caravedo cuando fue Presidente de la APP en el bienio junio 1960 62. El propósito fundamental era actualizar conocimientos y propiciar el acercamiento de todos los psiquiatras peruanos. Ambos objetivos se cumplieron superando toda espectativa.

El Comité Organizador estuvo constituído por los doctores José Sánchez García (Presidente), Carlos Bambarén Vigil, Javier Mariátegui y Sergio Zapata (Vocales), todos miembros de la Asociación Psiquiátrica Peruana aunque representativos de diversas instituciones y con diversa formación y orientación teórica. Las sesiones de trabajo se realizaron en horas de la mañana y de la tarde en la Clínica San Isidro; hubo dos almuerzos de camaradería ofrecidos por la Asociación Psiquiátrica Peruana y por la Clínica San Isidro, los mismos que se efectuaron en esta institución y en el Club Nacional, respectivamente.

Palabras del Presidente del Comité Organizador

Por mandato de la Asamblea General del 6 de Octubre de 1960 se efectúa este acto inicial de la primera Reunión Anual de la Asociación Psiquiátrica Peruana que de este modo ha querido reunir en presentaciones sucesivas las actividades científicas que antes se realizaban periódicamente.

Esta primera Reunión Anual —11 de Agosto de 1962— es fruto de la dedicación de los señores consocios y resulta expresión del interés que ellos tienen para colaborar en el progreso de nuestra Institución que fuera fundada por 17 psiquiatras el 25 de Junio de 1954.

Habiendo sido honrado con la presidencia del Comité Organizador por disposición de la Junta Directiva del 3 de Mayo de 1961, hoy y mañana se desarrollará un conjunto de actividades debidas a la dedicación indesmayable de los Vocales del Comité —Dres. Carlos Bambarén Vigil, Javier Mariátegui y Sergio Zapata— que desplegaron sus esfuerzos sin reservas para conseguir el deseable éxito. En esta ocasión expresamos a tan distinguidos colegas todo nuestro agradecimiento. Lo mismo hacemos para los colegas extranjeros y nacionales que han

preparado las importantes colaboraciones que serán discutidas en el curso de nuestras sesiones.

Hecho significativo es el saludo que nos ha hecho llegar el señor General Víctor Solano Castro Ministro de Estado en el Despacho de Salud Pública porque además de representar un apoyo moral es símbolo de la esperanza que los psiquiatras ciframos en el gobierno.

Reconocimiento especial debemos a nuestros auspiciadores sin cuyo apoyo no hubiese sido posible la realización de esta Primera Reunión Anual. Han sido los directivos de los Laboratorios Rousell y de los Laboratorios Unidos los únicos que al no echar en saco roto nuestro llamado han propiciado esta asamblea que, sin lugar a dudas, será fructífera porque permitirá no sólo el necesario intercambio de conocimientos sino la indispensable relación interpersonal que no es posible en ausencia de comunicaciones adecuadas. El mismo espíritu favoreciente del progreso psiquiátrico han revelado los directivos de la Clínica San Isidro que, además, han cedido el local donde se realizarán las deliberaciones.

Consideramos que esta actitud no es otra cosa que la expresión simbólica de que la Clínica San Isidro dirigida por el Dr. Baltazar Caravedo, es la casa de todos los psiquiatras calificados sin discriminación de credos y por más diversa que sea la formación teórica y práctica de los mismos.

Pero al lado de todo esto cumplimos con el gratísimo deber de expresar nuestro reconocimiento a todas las personas que con su presencia dan brillo a esta Primera Reunión Anual. Mención especial merecen los Dres. Francois Cloutier del Canadá, Enrique Estrada Fauden de México, Ramón Zubizarreta del Paraguay, D. Cohen y Grinspoon de EE. UU., William Mangin, Profesor Asistente de Antropología en la Universidad de Syracuse, William W. Stein, Profesor Asistente del Departamento de Sociología y Antropología de la Universidad de Alberto (Calgary), Canadá, y Carlos Neuenschwander, compatriota nuestro. Algunos de ellos han venido especialmente para participar en las actuaciones, otros han prolongado su permanencia en Lima con el mismo propósito y los restantes han enviado sus relatos para que sean leídos en esta Primera Reunión Anual, ideada y animada por nuestro último ex-Presidente, Dr. Baltazar Caravedo.

La asistencia a este acto del Sr. Dr. Francois Cloutier en su condición de Director de la Federación Mundial para la Salud Mental, en reemplazo de nuestro ilustre y conocido amigo Dr. John R. Rees, no sólo nos honra sobremanera sino que pone en evidencia la importancia que la Federación Mundial para la Salud Mental concede a reuniones como la nuestra porque ellas permiten, gracias a la intervención de varios especialistas, aprehender mejor el complejo del quebrantamiento de la salud mental en sus diversas vertientes.

Los temas de la Primera Reunión Anual versan sobre tópicos muy diversos. Pero todos revelan que el esfuerzo individual se ha encaminado hacia objetivos que pueden considerarse de actualidad en el ámbito psiquiátrico universal. Sin embargo cabe destacar que la habitual tendencia que nuestros investigadores tienen para trabajar en forma aislada no se ha modificado. Seguramente es por esta razón —hasta ahora no comprendida por el que habla— que el Comité Organizador no ha recibido trabajos realizados en forma de equipo. Consideramos que es me-

nester la colaboración de este tipo de trabajo pues sólo de este modo pueden efectuarse investigaciones de gran magnitud que están reclamando procesamiento urgente. La falta de esta clase de investigaciones es tanto más llamativa cuanto que en nuestro país existen servicios psiquiátricos que desarrollan sus funciones en forma tal que han sido reconocidos como adecuados en otros lugares, no obstante que estos últimos nos aventajan porque cuentan con mayores facilidades. Como ejemplo de este reconocimiento podemos citar el que la Universidad de Mc Gill ha otorgado al Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, en virtud de lo cual el entrenamiento de los 2 primeros años que realizan los futuros médicos psiquiatras en dicho servicio es válido para la mencionada universidad. Algo semejante ocurre en el Hospital "Asesor" (actualmente denominado Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán"), hospital psiquiátrico muy activo que no obstante que aún no tiene un año de funcionamiento acoge ampliamente a un apreciable número de profesionales —médicos, enfermeras, asistentas sociales, psicólogos— y de estudiantes que acuden al hospital en busca de conocimiento y de entrenamiento organizados.

Indudablemente esta situación se debe no sólo al prestigio de sus directivos sino al funcionamiento de sus miembros como grupo. Existe, pues, la cohesión indispensable para el cabal entendimiento y el deseable progreso. Pero a pesar de esto, la Asociación Psiquiátrica Peruana no recibe sino trabajos individuales que, precisamente, no constituyen reflejo fiel del espíritu de esos centros asistenciales ni las potencialidades de sus miembros como un todo. Es posible que esto se deba a las pocas oportunidades que tienen los miembros de la APP para reunirse. Y es por esta razón que consideramos indispensable que se reanuden las sesiones científicas ordinarias sin perjuicio de realizar reuniones anuales que deberán destinarse a la presentación de los resultados de investigación de largo alcance que estarían encomendadas a servicios psiquiátricos o a grupos de psiquiatras representativos de varias instituciones. Consideramos que tareas de la naturaleza que proponemos han de permitir el progreso que todos anhelamos mediante un conocimiento más exacto de nuestra realidad mental. Creemos que todo esto es posible si en vez de duplicar esfuerzos y de no comunicarnos apropiadamente, se usan adecuadamente los recursos humanos y si como personas empleamos nuestros mejores sentimientos de solidaridad, como médicos nuestras mejores fuentes de colaboración y como psiquiatras nuestros mejores dispositivos de comprensión y sentido de grupo.

Dos aspectos más de esta Primera Reunión Anual estarán dados por las Revisiones Bibliográficas Nacionales y las sesiones de Mesa Redonda. En tanto que las primeras se realizarán por la decisiva acción de los entusiastas miembros de la Asociación Neuro-Psiquiátrica de Estudiantes de Medicina, las segundas se llevarán a cabo gracias a la participación de profesionales cuyas actividades se desarrollan en diversos campos. En estas sesiones de Mesa Redonda se comentarán temas que testimonian la preocupación de los psiquiatras por lograr solución a problemas docentes —como ocurre con la primera mesa—, a asuntos de actitudes que entrañan campañas de educación pública —tal como se pretende en la segunda mesa—, a dificultades de comunicación profesional y administrativa

como sucede con lo ateñadero a la nosografía —según se espera en la tercera mesa—, y en la última, a inconvenientes y esperanzas acerca de la asistencia psiquiátrica que es un tema muy en boga por lo clamoroso.

Con el conjunto de trabajos programados en virtud de la meritoria labor de los presentadores, los miembros del Comité Organizador esperan que podamos lograr una imagen de esas verificaciones que al mismo tiempo que nos actualizarán diversos problemas nos prodigarán valiosas sugerencias para investigar y para aplicar en nuestra práctica cotidiana que aún se halla muy limitada porque no contamos con principios incontrovertibles que puedan adaptarse a la salud individual y colectiva.

Sesiones de trabajo

Después de las palabras del Presidente del Comité Organizador, el *primer día* estuvo destinado a la presentación de 31 trabajos cuyos objetivos pueden agruparse en las siguientes áreas generales:

Psicosociales	9	temas
Terapéutica	5	„
Psicodinamia	4	„
Tópicos generales	3	„
Educacionales	3	„
Psicopatológicos	3	„
Administrativos	2	„
Militar	1	„
Psicológico	1	„

De las 31 ponencias, 5 correspondieron a colegas extranjeros, destacando la del Profesor Francois Cloutier, Director de la Federación Mundial para la Salud Mental, quien hizo una importante exposición sobre "La evolución de la Psiquiatría" desde la época de los insalubres e inhumanos asilos hasta la tendencia comunitaria actual. Los 26 trabajos restantes estuvieron a cargo de otros tantos médicos (uno, el Dr. Carlos Neuenschander, viajó especialmente desde Arequipa) representativos de todas las agrupaciones científicas, asistenciales y docentes que hay en el país. Hechos interesantes de estos trabajos es que casi la totalidad se refirieron a problemas concretos de nuestra realidad.

El *segundo día* tuvo dos partes: una dedicada a Revisiones Bibliográficas Nacionales y otra a Sesiones de Mesa Redonda.

Siete expositores se encargaron de las revisiones sobre los siguientes puntos: Tesis sobre temas psiquiátricos; Psicofármacos en el Perú; Psicosis; Epilepsia; Psicoterapia; Literatura Psiquiátrica Peruana y Enseñanza de la Psiquiatría. En estos interesantes aportes no sólo se actualizaron datos bibliográficos sino que se hicieron conocer otros que para muchos eran ignorados debido a que una apreciable cantidad de trabajos psiquiátricos se encuentran en revistas no especializadas que por diversas razones circulan poco entre los especialistas.

Cabe destacar que dos de los siete temas revisados estuvieron a cargo de los señores Julio Martinot y Max Silva, quienes representaban a la Asociación Neuro-Psiquiátrica de Estudiantes de Medicina. En esta agrupación los interesados trabajaron en equipo para hacer sus relatos que resultaron muy fructíferos y que pueden considerarse símbolo de esperanza de que los jóvenes que hoy incursionan en la especialidad superarán a sus mayores y mantendrán la psiquiatría peruana en el honroso sitial que ha alcanzado y que le corresponde.

En las cuatro Sesiones de Mesa Redonda se trataron los siguientes temas: "Integración de la Profesión Médica y de las profesiones para-psiquiátricas en la enseñanza para graduados"; "Actitudes hacia la psiquiatría"; "Problemas de la Nosografía y de la Clasificación Psiquiátrica en nuestro medio"; "Asistencia Psiquiátrica".

Las Sesiones de Mesa Redonda se caracterizaron por la entusiasta y fundamentada participación de componentes e interesados. Quizá lo esencial de la discusión y de las conclusiones estuvo ligado a la necesidad de propiciar un cambio en el sentido de renovar disposiciones y rutinas así como de procurar una comunicación más estrecha y fructífera entre los psiquiatras.

COMENTARIO DE LIBROS

TEST de RORSCHACH: EVOLUCION Y ESTADO ACTUAL, por Julio Endara, un volumen en octavo (21 por 15 1/2 cms.), encuadernado en rústica, pp. 323, dos cuadros numerados y muchos otros sin numerar, editado por Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito, Ecuador, 1964.

El Dr. Julio Endara, Profesor Principal de Psiquiatría y Neurología en la Facultad de Ciencias Médicas y Director de Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas, II Epoca, publicó en 1954, en la misma editorial de la obra que comentamos, su primer libro sobre el Rorschach: "Psicodiagnóstico de Rorschach. Técnica General de Aplicación. Clínica. Investigación de Clínica Psicológica".

La presente obra del Prof. Endara, para ser usada en casos de adultos, constituye la culminación esperada de sus numerosos trabajos que ha hecho sobre el Rorschach. Se destaca el afán del autor para exponer con método, conocimiento y buen español, los aportes esenciales de los más reputados investigadores de diversas latitudes, labor penosa que exige acuciosidad si se tiene en cuenta que la bibliografía del método se encuentra muy difundida.

Los capítulos I y II se dedican a la exposición crítica de las relaciones más importantes que existen entre la psicología proyectiva y la técnica Rorschach, destacando que el psicodiagnóstico consigue con bastante amplitud "...que aparezca la proyección en la estructura del sujeto y que se vuelvan comprensibles sus actividades, preferencias, creaciones y producciones..." En los capítulos III al

XII, el autor fundamenta la administración, calificación y significado de las diferentes categorías Rorschach tanto en los aspectos cuantitativos como cualitativos. Hecho interesante es la comparación que establece entre los símbolos Rorschach y sus equivalencias más frecuentes según son referidas por 10 investigadores europeos, americanos y latinoamericanos; idéntico procedimiento emplea para comparar las localizaciones de 4 autores en las 10 láminas y para contrastar los símbolos que dan 10 investigadores sobre las categorías de determinantes; en el capítulo XII analiza las listas de respuestas populares de 7 autores y llega a la conclusión que no hay evidencias para confirmar la suposición de que tales respuestas representan influencias culturales significativas. Es importante destacar que en cada caso, las comparaciones se hacen también con los hallazgos que el el profesor Endara ha obtenido con material de adultos.

Un último capítulo, el N° XIII, está destinado a orientar al lector en la interpretación del Rorschach, fase final que está basada en el conocimiento de las categorías cuyos principales signiifcados interpretativos el autor otorga en los 10 capítulos previos. Esta orientación interpretativa la consideramos trascendente pues es notoria la falta de este capítulo en muchos libros sobre Rorschach. Con respecto a la interpretación, el autor precisa que debe empezarse por la evaluación de las funciones para rematar en consideraciones diagnósticas y pronósticas sin desconocer que es fundamental contar "...con el auxilio de una batería adecuada de otros tests, de la historia personal del sujeto y de la observación clínica correspondiente, elementos de juicio sustanciales para la elaboración definitiva de las conclusiones".

En un Apéndice trata de la "organización" de las respuestas según Beck; proporciona la fundamentación teórica, la manera de calificar, los valores del factor "Z" y el significado de los puntajes; continúa con la concepción de Hertz para la actividad organizadora (g) así como su puntuación y significado para terminar precisando la alta correlación que existe entre los factores de organización de ambos investigadores.

Cada capítulo y el apéndice está seguido de la bibliografía pertinente que debe considerarse bastante completa.

En síntesis, la obra del Prof. Julio Endara revela madurez de criterio para proporcionar a los estudiosos y a los estudiantes, a los entendidos y a los que se inician, una visión sustancial acerca de la diversidad de opiniones que existen sobre la técnica Rorschach. El libro lleva al interesado, paso a paso, desde los simples problemas de administración hasta los complejos eslabones interpretativos. Para los cultivadores del método, especialmente para los de habla hispana, el libro del Prof. Endara es imprescindible.

José Sánchez García.

INDICE DE TEMAS

INDICE DE AUTORES



Tofranil®
Geigy

Timoléptico
para el tratamiento
de los
estados depresivos

J.R. Geigy S.A., Basilea (Suiza)
Departamento Farmacéutico

Representación en el Perú:
Arnold Dünner, S.A., Casilla 3987, Lima

CONTENIDO

EDITORIAL GRAFICA LABOR